

DIE TUMOREN

DES

HINTERN BECKENRAUMS

NEBST

BESCHREIBUNG ZWEIER FÄLLE

VON

RETROFLEXIO UTERI, GELAGERT IN EINEM PROLAPSUS RECTI

VON

Dr. MANNEL,

PRIVATDOCENT AN DER UNIVERSITÄT MARBURG.

MARBURG.

N. G. ELWERT'SCHE UNIV.-BUCHHANDLUNG.

1864.



Die Tumoren des Douglas'schen Raums sind bis jetzt noch nicht monographisch behandelt worden. Ihres verhältnisweise häufigen Vorkommens, ihrer grossen Mannigfaltigkeit in Bezug auf Pathogenese, Grösse, Form, Symptomencomplex und Verlauf, und besonders der Schwierigkeit wegen, welche sich der sicheren Diagnose derselben entgegensetzen, ist es von grösstem wissenschaftlichen und praktischen Interesse, eine Uebersicht über dieselben, eine leicht übersehbare Zusammenstellung in den Händen zu haben. — Aus diesen Gründen und veranlasst durch den Umstand, dass ich im Stande bin, die bis jetzt noch nicht beobachtete, oder doch noch nirgends beschriebene Einlagerung des rückwärts gelagerten Uterus in eine Rectalhernie zu veröffentlichen, sowie auf manche andere, während meiner praktischen Laufbahn über den in Rede stehenden Gegenstand gewonnene Beobachtung aufmerksam zu machen, entschloss ich mich, eine kurze Monographie über die Tumoren des Douglas'schen Raums zu bearbeiten.

Es kann nun nicht meine Absicht sein, in derselben alle hier möglicherweise aufzustellenden Fragen weitläufig zu discutiren, über alle hierher gehörigen, in der Literatur zerstreuten Abhandlungen zu berichten, den Gegenstand überhaupt erschöpfen zu wollen, es soll vielmehr mit möglichster Vermeidung des längst Bekannten in kurzer, übersichtiger Weise vorzugsweise das Wichtigste, das wissenschaftlich Interessante und praktisch Verwerthbare erörtert und zusammengestellt werden.

Wir werden hiernach folgende Tumoren des Douglas'schen Raums zu betrachten haben:

1) die durch Darmschlingen und deren Inhalt hervorgerufenen,
2) die Blutgeschwülste,
3) Eitergeschwülste,
4) die durch Rückwärtslagerung der Gebärmutter entstandenen,
5) die vom subserösen Gewebe ausgehenden und in den Douglas'schen Raum hereinragenden Balggeschwülste, Cysten, Fibroide und Carcinome,
6) die von den Ovarien aus in den Douglas'schen Raum herabhängenden Tumoren.

1. Die durch Darmschlingen und deren Inhalt hervorgerufenen Tumoren.

Ein wie grosser Theil von der Schlinge der flexura iliaca oder von den Dünndarmschlingen während des Lebens im Douglas'schen Raum liege, hängt jedenfalls von der Weite des Beckenraums, von der Anfüllung der Eingeweide, von dem unter verschiedenen Verhältnissen verschiedenen Druck in der Peritonäalhöhle und von der Beweglichkeit der einzelnen Darmpartieen ab. Richten wir bei der Section an verschiedenen Leichen unser Augenmerk auf die Topographie der Eingeweide zum hintern Beckenraum, so sehen wir bald die hintere Wand des Uterus unmittelbar an die vordere Mastdarmwand angelagert, bald liegt zwischen beiden Organen eine grössere oder kleinere Partie der flexura iliaca oder des Dünndarms. Ob freilich ein solcher Befund zu der Annahme berechtigt, dass auch im Leben eine solche Lagerung der Theile stattgefunden haben müsse, kann bezweifelt werden, jedenfalls aber geht daraus hervor, dass die Theile einer bedeutenden Lageveränderung fähig sind. Und dass sie eine solche wirklich erfahren, ohne gerade belästi-

gende Symptome während des Lebens hervorzurufen, sehen wir ja in den verschiedenen Monaten der Gravidität.

Auf ein anatomisches Verhältniss der flexura iliaca, welches man bisher wenig, oder doch weniger, als es dasselbe der Häufigkeit seines Vorkommens wegen verdient, berücksichtigt zu haben scheint, will ich hier besonders aufmerksam machen. Bei der Section von Kindsleichen, welche mir während meiner einjährigen Function an hiesiger geburtshilflichen Klinik zu Gebote standen, fand ich mehreremal eine auffallende Schlingenbildung der abnorm langen flexura iliaca. Die Schlinge reichte in einigen Fällen über den unteren Theil der Lendenwirbelsäule quer herüber bis zur fossa iliaca dextra, in andern hinauf zur rechten Regio lumbalis und in einem Falle erstreckte sie sich in schräger Richtung hinauf bis nahe an den rechten untern Leberrand. Der am untern Ende der Lendenwirbelsäule oder auch am Anfang des Kreuzbeins gelegene, schmälere oder Halstheil der Schlinge gieng gewöhnlich in einer etwas weniger starken Biegung in den untern Theil des Colon descendens über, als in das Rectum. Ueber diesen Halstheil, welcher fest an die Wirbelsäule angeheftet war, hieng ein grösseres oder kleineres Convolut von Dünndarmschlingen in den hintern Beckenraum herab und mehreremale war die in der rechten Bauchseite liegende Schlinge der flexura iliaca stärker als normal von dem Darminhalt ausgedehnt. Auch bei Leichen Erwachsener trat mir einigemale dieser Befund entgegen, und Dr. Henke, Prosector an hiesiger Anatomie, den ich über diesen Punkt befragte, erklärte mir, dass er wenigstens bei $^1/_5$ der im anatomischen Institut secirten Leichen diese Abnormität angetroffen habe. Wenn schon das verhältnismässig häufige Vorkommen bei Neugeborenen darauf hinweist, dass wir diese Anomalie als eine angeborene anzusehen haben, so wird dies noch mehr durch ein von Henke angefertigtes Präparat bestätigt, bei welchem in Folge des Drucks durch die von oben rechts nach unten

links über den Halstheil der Schlinge herabhängenden Dünndarmpartieen nicht nur den Anfangstheil der flexura iliaca selbst, sondern auch die an dieser Stelle einmündende Art. meseraica inferior und mit dieser die Bauchaorta beträchtlich nach links verschoben sind. — Mit Recht lässt sich wohl die hier nicht näher zu erörternde Frage aufwerfen, ob durch diese anatomischen Verhältnisse, durch welche die rasche Weiterbeförderung der Darmcontenta behindert werden muss, nicht manche Incarceratio interna bedingt wird?

Erwähnung mag auch hier noch der zufällige Befund bei einer Section finden, die ich mit Herrn Professor Roser an einem in Folge von Carcinoma pylori verstorbenen, etwa 50jährigen Manne vornahm. Ueber den Hals der bis in die rechte Synchondrosis sich erstreckenden und mit festen Kothballen angefüllten flexura iliaca lag ein Bruchsack, welcher alle Schlingen des Jejunum und Ileum enthielt, eine sogenannte Treitz'sche Hernia, herüber, mit seinem untern Ende bis tief in die Douglas'sche Falte hereinragend. Ausser einer trägen Darmfunction und einer wohl hiermit im Zusammenhang stehenden hypochondrischen Stimmung hatte diese Anomalie keine Störung während des Lebens verursacht. —

Jedenfalls kann die erwähnte Grössen- und Lageanomalie der flexura iliaca eine Ursache zu einer beträchtlichen Kothanhäufung im hintern Beckenraum, zu den s. g. Kothgeschwülsten mit ihren mannigfachen localen und allgemeinen Beschwerden abgeben. Ausserdem können diese Kothgeschwülste, welche oft aus trockenen, harten Kothconcrementen (Kothsteinen) bestehen, noch zu Stande gebracht werden durch Druck auf's Rectum von der vergrösserten Prostata aus, vom Uterus (graviditas, circumflexio) durch verschiedenartige Geschwülste im hintern Beckenraum, durch Carcinoma und Stricturen des Rectum, durch chronische Catarrhe des untern Darmtheils und der meist damit verbundenen Paralyse der Muscularis, die wir vorzugsweise bei allgemeiner Lähmung, aber auch bei sitzender Lebensweise antreffen.

Es füllen diese Kothanhäufungen den Douglas'schen Raum und den untern Theil des Colon oft in so beträchtlichem Grade aus, dass sie durch die Bauchwandungen nicht nur fühlbare, sondern auch sichtbare Tumoren bilden, dass sie die heftigsten kolikartigen Schmerzen hervorrufen, den obern Theil des Darmkanals meteoristisch auftreiben und in demselben die energischsten peristaltischen Bewegungen hervorrufen, welche durch die Bauchdecken sichtbar sind.

Nur eine oberflächliche Untersuchung wird eine Verwechselung mit andern Beckengeschwülsten oder mit der schwangern Gebärmutter zulassen; der aufmerksame Beobachter wird den etwa entstandenen Irrthum bald beseitigen. Eigenthümlich ist den Kothgeschwülsten ihre wechselnde Grösse, ihr fast vollkommenes Verschwinden nach einer copiösen Kothentleerung, ihre der Lage der flexura iliaca entsprechende Abgrenzung durch den matten Percussionston; dazu kommt, dass sie, dem Fingerdruck nachgebend, gleich einer Thonmasse sich formen lassen. Reichen die Kothmassen bis ins Rectum herab, so fühlt man sie als weiche oder harte kugelige Ballen durch die Vagina und der ins Rectum eingeführte Finger stösst unmittelbar auf dieselben. Wird die Kothgeschwulst durch die das Rectum comprimirende retrovertirte Gebärmutter oder durch eine andere von den Beckenorganen ausgehende und in's kleine Becken eingekeilte Geschwulst hervorgerufen, so findet man nur den über der betreffenden Geschwulst liegenden Darmtheil von Fäcalmassen ausgedehnt, während der unter ihr gelegene im leeren Zustand sich befindet. In diesen Fällen kann man natürlich von der Behandlung der Kothgeschwülste mit Abführmitteln, Clysmata etc., wie sie in den Handbüchern der Pathologie ausführlich mitgetheilt wird, den gewünschten Erfolg nicht erwarten, wenn nicht vorher durch Reposition der comprimirenden Geschwulst ein freier Weg gebahnt ist. Ist eine Rectalstrictur oder ein ausgebreitetes, das Lumen des Rectum ausfüllendes Carcinom die Ursache der Kothanhäufung, so

wird man sich der drohenden Gefahr halber zur Anlegung eines künstlichen Afters entschliessen müssen.

Die im Douglas'schen Raum liegenden, aus der flexura iliaca und verschiedenen Partieen des Dünndarms bestehenden Darmschlingen können durch ausgebreitete peritonitische Verwachsungen so mit einander und mit dem Bauchfellüberzug der Plica Douglasii verklebt sein, dass sie ein fest mit einander verbundenes, in seiner Lage fixirtes Convolut von Schlingen bilden, welches einen im hintern Beckenraum liegenden Tumor (z. B. den rückwärts gelagerten Uterus, einen Ovarialtumor, ein subseröses Fibroid etc.) vortäuschen kann. Die wechselnde Grösse und Form der Geschwulst je nach der verschiedenartigen Anfüllung der Eingeweide, vor allem aber ihr tympanitischer Percussionston wird den aufmerksamen Beobachter bald von einer solchen Täuschung überzeugen.

In Folge solcher peritonitischen Processe kann aber auch das Lumen der im Douglas'schen Raum liegenden Darmschlingen verengert und das Weiterrücken des Darminhalts behindert werden. Und zwar sah man hier auf zweierlei Weise innere Darmeinklemmungen entstehen:

1) durch peritonitische Adhäsionen mit scharfwinkliger Biegung und mehrfacher, in straffer Verwachsung fixirter Knickungen des Darms;

2) durch das Vorhandensein pseudomembranöser Platten am Eingang des kleinen Beckens, welche den Douglas'schen Raum in Form eines Diaphragma bis auf eine mittlere Lücke abschliessen und so gleichsam eine enge Bruchsackpforte für die unterhalb der Membran liegenden, entweder verwachsenen oder freien Darmschlingen bilden*). Ein seltener und höchst interessanter Ausgang dieser so zu Stande gekommenen Incarceration des Dünndarms ist die Entstehung einer Dünndarmscheidenfistel. Nur zwei derartige Fälle finde ich

*) cf. Rokitansky: Lehrbuch der pathologischen Anatomie. III. Aufl. III. Bd. Pag. 190.

in der Literatur angeführt. Der erste ist der von Roux*) beobachtete und noch besonders deshalb merkwürdig gewordene Fall, weil Roux hier ein Operationsverfahren einschlug, welches von Velpeau noch zu gelinde als ein „tentative hardie“ bezeichnet wird. Roux eröffnete die Bauchhöhle, lösste den durchbrochenen Dünndarm von der Scheide los und vereinigte ihn mit dem Dickdarm. — Die Section ergab, dass der Dünndarm nicht in das Afterende des Colon, sondern in das Magenende desselben eingepflanzt war. — Der zweite Fall einer durch Incarceration der Dünndarmschlingen im Douglas'schen Raum entstandenen Dünndarmscheidenfistel wird von Simon**) beschrieben. Er entstand bei einer an einer Blasenscheidenfistel leidenden Frau. Simon hatte die Absicht, hier nach dem Vorgange Casa-Mayor's***) in der Weise zu operiren, dass er eine breite Communication zwischen Dünndarm und Mastdarm oberhalb der Oeffnung des Dünndarms herzustellen und nachträglich den widernatürlichen After in der Scheide zum Schluss zu bringen suchte. Nach dem ersten, als Vorbereitungscur vorgenommenen Operationsversuch erlag die Patientin einer neuen Peritonitis.

Wenn die in den Raum zwischen Rectum und Prostata oder Rectum und Vaginalgewölbe eingelagerten Darmschlingen die Fasern der Beckenfascien und des Musc. levator ani in

---

*) Archiv général. de méd. Tom. XVII. Pag. 300.

**) Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten. Bd. XIV 1859. Pag. 439.

***) cf. Journ. hebdomad. Tom. IV. Pag. 174.

Die von Casa-Mayor beobachtete Dünndarm-Scheidenfistel entstand nach einem Vorfall der Dünndarmschlinge durch einen bei der Geburt erfolgten Riss des hintern Vaginalgewölbes. Casa-Mayor stellte eine Communication des Dünndarms mit dem Rectum her, den vollkommenen Verschluss des widernatürlichen Afters in der Scheide erwartete er durch die Narbencontraction. Bevor derselbe jedoch eintrat, erlag die Kranke einer Pneumonie.

Folge des anhaltenden Drucks stärker auseinander treiben und die Haut der Perinäalgegend beutelartig vor sich hertreiben, so kommt es zu einer Hernia perinaealis. Die Entstehung einer solchen Hernia setzt einmal ein langes Mesenterium, dann aber auch eine bedeutende Erschlaffung der den Beckenboden construirenden Gebilde und wohl auch eine angeborene Tiefe der Douglas'schen Falte voraus. Da beim Weibe als Folge häufiger Geburten eine Erschlaffung des Beckenbodens immer auftreten muss und in höherem oder geringerem Grade fortzubestehen pflegt, so erklärt sich vielleicht hieraus das häufigere Vorkommen der Perinäalbrüche beim weiblichen Geschlecht. Erkennen wird man einen Perinäalbruch, wenn er die Haut bereits kugelig vor sich hergetrieben hat, an dem Durchfühlen der einzelnen Darmschlingen und dem tympanitischen Percussionston; ist derselbe noch nicht so weit herabgetreten, dass er äusserlich am Perinäum sichtbar ist, liegt er also noch zwischen Vagina und Rectum (Prostata und Rectum), so wird man bei der Untersuchung per rectum oder per rectum und vaginam zu gleicher Zeit die einzelnen Darmschlingen mit flüssigem oder festem Inhalt zu erkennen vermögen. Das Durchfühlen der Contouren der einzelnen Darmwindungen, ihre leichte Beweglichkeit und Reponibilität, das Wahrnehmen der peristaltischen Bewegungen sowie die Berücksichtigung der allgemeinen Bruchsymptome wird vor Verwechselung mit andern Geschwülsten dieser Gegend, besonders vor Verwechselung mit herabgesenkten Ovarialcysten oder mit einer vorhandenen Graviditas extrauterina schützen. Als Varietät der Hernia perinäalis ist die Hernia labialis posterior und die Einlageruug von Darmschlingen in einen Mastdarmvorfall zu betrachten.

Eine Einklemmung dieser Brüche möchte, da die Bruchpforte weit und nachgiebig ist, nur höchst selten vorkommen. Die Reduction des Bruchs geschieht entweder durch einen von aussen oder durch einen von Rectum und Vagina

aus ausgeübten Druck. Die Knieellenbogenlage kann bei dieser Manipulation von Vortheil sein. Zur Retention des Bruchs wird am vortheilhaftesten der Roser'sche Uterusträger (modificirt von Scanzoni) anzuwenden sein. Die eine birnförmige Pelotte tragende Feder kann auf der Vorderseite herabgehen, in die Vagina eingeführt werden und so durch Zusammenpressen des Bruchsacks von vorn nach hinten das Herabtreten der Eingeweide verhindern. Bei einem in der Perinäalgegend beutelförmig herabhängenden Perinäalbruch kann man die Retention auf die Weise bewirken, dass man eine der Weite der Bruchpforte entsprechende birnförmige Pelotte nach Reduction des Bruchs von unten nach oben in die Bruchpforte einführt, indem man die Perinäalhaut mit der Pelotte nach oben einstülpt. Der die Pelotte tragende, gebogene Stahlstab wird über die Rima ani geführt und an einem Beckengürtel befestigt. — Nach letzterer Manier sah ich als Assistent in hiesiger chirurgischer Klinik eine seit vielen Jahren bestehende Perinäalhernie behandeln, welche als gänseeigrosser Beutel zwischen Anus und Introitus vaginae herabhieng. Die Reduction des Bruchs gelang leicht, die eingeführte, von Holz angefertigte birnförmige Pelotte hielt die Darmschlingen vollkommen zurück und es wurde dieser Verband ohne alle Beschwerden und ohne dass die Bewegungen des untern Rumpfendes oder die Functionen der Harnblase behindert wurden, ertragen. Bei vorzunehmender Defaecation entfernte Patientin den Apparat, um ihn später wieder selbst anzulegen.

---

2. Blutgeschwülste im hintern Beckenraum.

Noch manche wichtige Punkte in der Lehre von den Blutergüssen des hintern Beckenraumes sind unerledigt. Die Hauptfragen der Schwierigkeit, welche sich beziehen auf die Ursachen und die verschiedenen Lagen der Krankheit, sehen bis jetzt wohl deshalb ihrer endgültigen Entscheidung noch

entgegen, weil die Sectionsbefunde, welche wir ohnedem bei der meist nicht lethal endenden Krankheit nicht häufig zu machen Gelegenheit haben, nur selten im Stande sind, über diese Punkte sichere, klare und unzweifelhafte Aufschlüsse zu geben.

Für das Verständnis, für eine übersichtliche Anschauungsweise der Blutextravasate des hintern Beckenraumes könnte es, von theoretischem Standpunkte aus betrachtet, am vortheilhaftesten scheinen, wenn man, wie es gewöhnlich zu geschehen pflegt, einen strengen Unterschied machte zwischen einem intra- und extraperitonäal gelegenen Bluterguss. Erstere haben also ihren Sitz in der Plica Douglasii, letztere im subperitonäalen Zellgewebe des Beckens. Praktisch aber ist diese Systematisirung von geringem Belange, da die Diagnose in Bezug auf den intra- und extraperitonäalen Sitz höchst schwierig und unbestimmt, der Verlauf beider Affektionen kein wesentlich verschiedener, die Behandlung im Ganzen eine gleiche ist. Dazu kommt, dass beide Formen neben einander bestehen können und wirklich gleichzeitig vorkommen, denn Sectionen beweisen, dass ursprünglich im subserösen Zellgewebe liegende Blutextravasate nach Durchbruch des Peritonäum in den Douglas'schen Raum sich ergossen, also zugleich intraperitonäal wurden.

Die Blutextravasate im hintern Beckenraum kommen sowohl beim Manne, als beim Weibe vor. Sie können durch Ruptur der im Becken selbst gelegenen Gefässe entstehen, oder es senkt sich das im obern Theil der Peritonäalhöhle ergossene Blut seiner Schwere nach zwischen den einzelnen Darmwindungen hindurch in die am tiefsten liegende Plica recto-vesicalis, resp. recto-uterina. Gar nicht selten hat man Gelegenheit, — sei es durch Beobachtung am Krankenbett, sei es durch den Sectionsbefund — sich von dem Vorhandensein eines im Peritonäalraum oder im subserösen Zellgewebe des Beckens gelegenen Blutextravasats bei männlichen Individuen zu überzeugen, ja man ist wohl berechtigt, zu

behaupten, dass derartige innere Blutungen häufiger stattfinden, als man gewöhnlich anzunehmen geneigt ist. Sie entstehen nach der Einwirkung heftiger Traumen auf's Abdomen und die Beckengegend; so werden sie z. B. nach einem heftigen Stoss oder Tritt auf's Abdomen beobachtet, nach Ueberfahren der Bauch- oder Beckengegend, in Folge penetrirender Stich-, Hieb- oder Schussverletzungen. Häufig ist mit ihnen Ruptur der Leber, der Milz oder Fracturen der Beckenknochen verbunden, und gerade diese letzteren die Aufmerksamkeit des Arztes vorzugsweise in Anspruch nehmenden Verletzungen sind häufig der Grund, warum die im Becken entstandenen Blutextravasate übersehen werden. Dazu trägt ferner der Umstand noch bei, dass kleinere Blutextravasate im Becken in verhältnismässig rascher Zeit gleichsam unvermerkt zur Resorption gelangen. Schon hier mag darauf aufmerksam gemacht werden, dass in diesen Fällen gerade bei männlichen Individuen das Auftreten der gestörten Urinsecretion als ein Zeichen anzusehen ist, welches zur Annahme eines im Beckenraum vorhandenen Blutergusses berechtigt. Wenn dies Symptom bei weiblichen Individuen weniger masgebend ist, so erklärt sich dies vollkommen aus der verschiedenen anatomischen Lage der Blase zum hintern Beckenraum. Je von dem Grade der primären Verletzung, von der Menge des ergossenen Blutes wird es ceteris paribus abhängen, ob der Ausgang ein rasch lethaler ist, oder ob das Blutextravasat unter den unten näher anzugebenden Erscheinungen sich abkapselt und weitere Veränderungen eingeht.

Beim Weibe kommen die traumatischen Blutergüsse im hintern Beckenraum seltner vor, weil es den Einwirkungen von Traumen seltner ausgesetzt ist. Dagegen disponirt es mehr zu spontanen Blutergüssen, eine Eigenthümlichkeit, welche ihre Erklärung findet in der anatomischen Lage der s. g. innern Geschlechtstheile des Weibes, in dem Reichthum und der characteristischen Anordnung ihrer Gefässe, in

ihren physiologischen Funktionen, vornehmlich in der periodisch wiederkehrenden Hyperämie und den Veränderungen während der Schwangerschaft. Dass auch die angestrengte Thätigkeit des Uterus beim Geburtsact die Ursache von grösseren oder kleineren Blutextravasaten in der Umgebung der Gebärmutter werden kann, das beweisen die gerade nicht selten uns darbietenden Sectionsbefunde bei kurz nach der Geburt verstorbenen Wöchnerinnen, besonders bei solchen, bei denen als Ursache des Todes die schwere Geburt zu betrachten war. Muss auch aus obigen Gründen das leichtere Zustandekommen von Blutungen beim weiblichen Geschlecht aus den Gefässen der innern Geschlechtstheile zugestanden werden, so fällt doch beim Ueberblicken der diesen Gegenstand betreffenden Literatur, besonders der französischen, im höchsten Grade auf, eine wie bedeutende Anzahl von Beobachtungen und Krankengeschichten über Blutergüsse im Douglas'schen Raum bei Nichtwöchnerinnen uns mitgetheilt wird. Es frappirt dies um so mehr, wenn wir den Ausspruch viel beschäftigter Chirurgen und Gynäkologen, dass ihnen während ihrer langjährigen, ausgedehnten klinischen und Privatpraxis auch nicht ein einziger derartiger Fall vorgekommen sei, damit vergleichen. So sagt z. B. Scanzoni*) geradezu, dass ihm bei seiner mehr als 15jährigen ausgedehnten Privat- und klinischen Praxis auch nicht ein einziger Fall vorgekommen sei, in welchem er sich zur Stellung obiger Diagnose (der Haematocele) für berechtigt gehalten hätte und dass bei den vielen in der Würzburger pathologisch-anatomischen Anstalt im Laufe der letzten 12 Jahre vorgenommenen Sectionen auch nicht ein einziges Mal eine Haematocele bei einer Nichtwöchnerin vorgefunden worden sei.

Eine Erklärung dieser auffallenden, sich geradezu wi-

*) Lehrbuch der Krankheiten der weiblichen Sexualorgane. Wien 1863. III. Aufl. pag. 354.

dersprechenden Beobachtungsresultate wird uns folgende Betrachtung liefern. — Die durch Ruptur der Uterinal-, Ovarial- und Tubar-Gefässe entstandenen Blutergüsse im Douglas'schen Raum erhielten (im Jahre 1850) durch Nélaton den Namen Haematocele retrouterina. Durch die Einführung dieses Namens für eine bis dahin durchaus nicht unbekannte Krankheit, für eine Krankheit, auf die vielmehr neben einigen andern schon von Pelletan*) und Récamier**) aufmerksam gemacht und deren aetiologischer Zusammenhang von Bernutz***) bereits sehr ausführlich besprochen war, wurde dem Verständnis der Sache selbst wenig Vorschub geleistet, zumal ein absolut bestimmter Begriff mit dieser Bezeichnung nicht verbunden wurde. Man beobachtete bald, dass die Lagenverhältnisse der Geschwulst zum Uterus verschiedene sein konnten und sprach deshalb von einer Haematocele periuterina (Bernutz: Clinique médic. sur les maladies des femmes) praeuterina (Voisin) juxtauterina (Crede: Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten Bd. IX. pag. 7). Ja sogar der Name Haematocele uterina wird von Scanzoni (Lehrbuch der Krankheiten der weiblichen Sexualorgane, Wien 1857, pag. 306) und Breslau (Diagnostik der Tumoren des Uterus, München 1856, pag. 62) gebraucht. Ebenso traten bald Differenzen über die Lage des Blutergusses zum Peritonäalsack auf. Während Nélaton die Haematocele retrouterina als eine intraperitonäal gelegene Geschwulst schilderte, erklärte schon ein Jahr später sein Schüler Viguès (Des tumeurs sanguines de l'excavation pelvienne: Revue méd. chir. 1851) und nach ihm mehrere andere (Becquerel: Gaz. des Hôpit. 1858), dass es eine intra- und extraperitonäal

*) Clinique chirurg. II. pag. 106. Par.

**) Tumeurs fluctuants du petit bassin: Revue médicale pag. 41. Paris 1841.

***) Archives générals de médicine. T. XVII, XVIII, XIX, 1848 und 1849.

gelegene Haematocele retrouterina gäbe. Und der Streit über diesen Punkt dauert noch fort. Die englischen Aerzte*) sind es vorzugsweise, welche auf theoretische Gründe gestützt die Ansicht vertreten, dass die Haematocele retrouterina in den meisten Fällen eine im Zellgewebe des Beckens, also extraperitonäal gelegene Blutung sei; die deutschen Aerzte nehmen im Allgemeinen sowohl den intra- als extraperitonäalen Sitz an. Dieselbe Ansicht vertritt Becquerel in seinem mit der der französischen Literatur eignen Weitschweifigkeit abgefassten Werk über Frauenkrankheiten**). Voisin dagegen spricht geradezu in seiner mit 36 Beobachtungen ausgestatteten, mit grosser Ausführlichkeit aber wenig Uebersichtlichkeit abgefassten Monographie***) die Ansicht aus, dass der Sitz der Haematocele retrouterina „stets und ausschliesslich ein intraperitonäaler sei". Aehnliche Differenzen herrschen über die Aetiologie und Pathogenese. Fast eine jede neue Beobachtung rief eine neue Theorie über das Zustandekommen dieser Affektion hervor. Während viele mit dem Namen Haematocele retrouterina jeden, aus was immer für einer Ursache entstandenen, gleichviel ob intra- oder extrapertionäal gelegenen Bluterguss bezeichnen und dabei unberücksichtigt lassen, ob die Gefässruptur am Ovarium im Ligament. latum, an der Tube, Uterus oder am Perilonäalüberzug†) dieser Organe stattfindet, ob die Blutung eine capilläre oder vasculäre sei, so gebrauchen andere diese Bezeichnung nur für die aus den Gefässen der Ovarien und Tuben stammenden Blutextravasate

---

*) Matthews Duncan: On uterine Haematocele. Edinburgh med. Journ. November 1862.

**) Becquerel: Traité clinique des maladies de l'utérus. Paris 1859.

***) de l'hématocele retrouterine etc. Paris 1860. Uebersetzt von Dr. W. Langenbeck, Göttingen 1862.

†) Dr. R. H. Terber sucht das Zustandekommen einer grossen Anzahl, vielleicht der Mehrzahl von Haem. retrouterina aus einer Pelviperitoneitis haemorrhagica zu erklären. Archiv der Heilkunde 1862. Heft V.

in die Plica Douglasii. Und Voisin will diesen Namen nur für solche Blutergüsse substituirt wissen, welche durch eine während der Menstruation erfolgende Congestion und Blutung der Eierstocksfollikel oder durch Rückfluss des Bluts aus dem Uterus in die Peritonäalhöhle oder durch Haemorrhagie der Tuben entstehen und welche sich rasch in der Peritonäalhöhle des kleinen Beckens zwischen Uterus und Rectum abkapseln. Er unterscheidet deshalb streng die als abgekapseltes Bsutextravasat, als Blutcyste sich darstellende Haematocele retrouterina, von den nicht abgekapselten s. g. „freien Blutextravasaten“ in die Peritonäalhöhle und von den extraperitonäal gelegenen. Wieder anderer Ansicht ist Gallard*), der die Bildungsweise der Haematocele retrouterina vollkommen mit der der Extra-Uterinsschwangerschaft gleichstellt.

Wir sehen also hieraus, wie vag, wie allgemein der Begriff von Haematocele retrouterina ist und wie vielseitig er gedeutet werden kann. Schon hierin finden wir eine hinlängliche Erklärung für die so häufig gestellte Diagnose der Haematocele retrouterina resp. periuterina; dazu kommt noch, dass die dieser Affektion zukommenden Krankheitserscheinungen durchaus nicht immer so bestimmt, so unzweideutig sind, dass nicht Verwechselungen mit andern, ähnliche Symptome hervorrufenden Krankheiten stattfinden könnten. — Und es zeigt sich in Wirklichkeit, wenn wir die in französischen (Gaz. des Hòpit. — Revue méd. chirurg. etc.), in englischen (Medic. Times and Gaz. — Edinburgh Med. Journ.) und in deutschen (Monatsschrift für Geburtsk. und Frauenkrankheiten, — Wiener Wochenschrift, — Prager Vierteljahrsschrift) Journalen so massenhaft angehäuften Krankengeschichten kritisch beleuchten, dass man häufig eher geneigt ist, aus den angegebenen Erscheinungen auf eine chronische Metritis, auf eine Phlegmone periuterina, auf

*) Bulletin de la société anat. 1858. A.

einen perimetritischen Abscess, auf kleine Ovarialgeschwülste etc. zu schliessen, als auf eine Haematocele retrouterina. Nicht unwahrscheinlich endlich ist es mir, dass sich mancher Arzt dadurch verleiten liess, die Diagnose einer Haematocele, einer ihm gewissermassen neuen Krankheit, zu stellen, weil diese Krankheit gerade von französischen Aerzten als eine „häufig vorkommende und meistens verkannte" geschildert wurde. Sehen wir doch überhaupt, dass, sobald die Aufmerksamkeit der Aerzte auf eine bis dahin wenig beachtete, gleichsam neu entdeckte Krankheit gelenkt wird, die Diagnose derselben und die Zahl der beobachteten Fälle in kurzer Zeit sich häuft. —

Man muss aber auch aus obiger Darlegung zu dem Resultat kommen, dass sich die strittigen Punkte über die in Rede stehende Krankheit der Hauptsache nach weniger auf das Wesen der Krankheit selbst beziehen, als vielmehr darin ihren Grund haben, dass man sich nicht darüber ins Klare setzte, was unter dem Namen Haematocele retrouterina zu verstehen sei. — Am zweckmässigsten scheint es mir deshalb, wenn man den vieldeutigen und verwirrenden Namen Haematocele retrouterina gänzlich vermeidet, die allgemeinere Bezeichnung „Bluterguss im hintern Beckenraum" beibehält und dieselbe, vorausgesetzt, dass die Untersuchung hierüber sicher zu entscheiden im Stande wäre, durch den Zusatz „intra- oder extraperitonäal gelegen" genauer präcisirt. Die extraperitonäal gelegenen haben, wie Sectionsbefunde deutlich nachweisen, meistens ihren Sitz zwischen den Blättern der breiten Mutterbänder oder im lockern Zellgewebe zwischen Rectum und obern Theil der Vagina, in welchem letzteren Falle sie auch als Thrombus vaginae unterschieden werden.

Was die Aetiologie und Pathogenese betrifft, so muss nach der allgemein adoptirten Ansicht, den Hyperämien der Geschlechtsorgane bei den katamenialen Vorgängen der wesentlichste Einfluss eingeränmt werden, wobei äussere Ver-

anlassungen, Stauungen der Circulation, bedingt durch Herzfehler, durch Geschwülste der Bauchhöhle etc. eine nicht unbedeutende Rolle spielen mögen. Dass unter diesen Verhältnissen eine Blutung aus den Ovarien, aus den Tuben in die Peritonäalhöhle erfolgt, dass durch Berstung einer vielleicht schon varikös ausgedehnten Vene des breiten Mutterbands das Blut zwischen seine Blätter in das subperitonäal gelegene Zellgewebe oder nach Ruptur des Peritonäums in die Peritonäalhöhle sich ergiesst, ist durch Sectionsbefunde, deren Glaubwürdigkeit nicht zu bezweifeln sein möchte, vielfach bestätigt. Die verhältnismässig grössere Seltenheit der extraperitonäalen Form beim Sectionsbefund ist nicht ein beweisendes Moment für die Annahme der gleichen Seltenheit ihres Vorkommens, wenn man in Anschlag bringt, dass die intraperitonäale Form häufiger tödtlich wird.

Die von Vielen angenommene und vertheidigte *) Entstehung des intraperitonäalen Blutergusses durch Rückfluss des Menstrualblutes aus der Uterinhöhle wird mit Recht von Voisin als eine „sehr wenig nachgewiesene“ betrachtet; er nimmt dieselbe nur in einem von ihm beobachteten Falle an, in welchem der Ausfluss des Blutes aus der Uterinhöhle durch eine starke Retroflexio uteri gehindert war.

Wenn schon von vornherein die anatomische Anordnung der Muskelfasern am Uterinostium der Tuben für die Schwierigkeit eines Rückflusses von Fluidis aus der Uterinhöhle durch die Tubenöffnung spricht, so wird man davon noch mehr überzeugt, wenn man durch Versuche an Leichen zu negativen Resultaten geführt wird. Ich stellte diese Versuche an Leichen von Wöchnerinnen (welche in der 2. und 3. Woche des Puerperiums an Puerperalfieber gestorben waren) in der Weise an, dass ich in den Muttermund des vorsichtig herausgeschnittenen Uterus kräftige Wasserinjectionen machte,

---

*) Bernutz: Mémoire sur la rétent. du flux menstruel. Hélie: Journ. de méd. de la Loire-Inférieure 1858.

welche so lange fortgestzt wurden, bis die Uterushöhle stark ausgedehnt war. Ein Ausströmen der Flüssigkeit durch die Tuben trat nicht ein, obgleich der Uterus in allen Fällen eine schlaffe Beschaffenheit hatte und die Durchgängigkeit der Tuben durch Einführen einer Sonde vom Abdominalende aus constatirt wurde. Die vorhandene Schwellung der Tubenschleimhaut kann nicht als Grund des Mislingens des Experiments angeführt werden, da ja eine solche Schwellung auch während der Katamenien als vorhanden angenommen werden muss. Die Möglichkeit eines Rückflusses des Menstrualblutes aus dem Uterus kann allerdings nicht absolut geleugnet werden, wenn wir den Sectionsberichten nicht jegliche Glaubwürdigkeit absprechen wollen; jedenfalls muss man aber für solche Fälle ganz besonders begünstigende Momente in Anspruch nehmen, und um sich in einem betreffenden Fall mit vollkommener Sicherheit über diesen Punkt aussprechen zu können, müsste man sich bei der Section davon überzeugen, ob nicht das in den Tuben vorgefundene Blut aus der Schleimhaut der Tuben, anstatt aus der der Uterinhöhle stammt.

(cf. Schuh: Wiener Wochenschrift. 1857. Bd. I).

Ob sich das in den Douglas'schen Raum ausgetretene Blut abkapselt oder nicht, wird weniger von der Quelle der Blutung abhängen, als vielmehr 1) von der Menge des ergossenen Bluts und seinem rascheren oder langsameren Austritt, 2) von der chemischen Beschaffenheit des Blutes selbst. — Je geringer die Menge, je langsamer der Austritt des Bluts (capilläre Blutung), je mehr es von normaler Beschaffenheit, desto eher wird das in den Grund der Plica Dougl. herabgetretene Blut gerinnen und in Folge der durch die Peritoneitis gebildeten Membranen zur Abkapselung gelangen. Bei einem beträchtlichen Bluterguss dagegen, wie er durch Ruptur eines grössern Gefässtamms entstehen kann, wird der Tod meist eintreten, bevor der Abkapselungsprocess beginnt. Jedoch scheint mir die Behauptung Voisin's,

dass in allen Fällen, wo die Blutung aus varikösen Venen stamme, nie eine Abkapselung erfolge, nicht stichhaltig. Man wird doch die Möglichkeit zugeben müssen, dass eine geborstene variköse Vene durch ein Blutgerinsel obturirt werden kann, bevor eine solche Menge Blut sich ergoss, welche unmittelbar den Tod zur Folge hat, — und warum soll dann nicht auch eine Abkapselung erfolgen können? Und ist es denn bewiesen, dass bei den günstig verlaufenen Fällen von Blutung in den Douglas'schen Raum niemals die Blutung aus einer varikösen Vene stammte? Ein chemisch verändertes, wenig gerinnungsfähiges (wie in dem von Scanzoni publicirten Falle von Blutung aus der linken Tube in die Peritonäalhöhle während der Menstruation bei einem an Morbilli leidenden Mädchen) oder mit Eiter vermischtes Blut wird für den Abkapselungsprocess wenig günstig sein.

Der Symptomencomplex muss ein verschiedener sein, je nachdem die Blutung in bedeutender Menge und rasch, oder in geringerer Menge und langsam erfolgt. Bei den plötzlich in die Peritonäalhöhle tretenden (nicht abgekapselten) Blutergüssen beginnt die Krankheit mit einem plötzlichen, heftigen Schmerz im Abdomen, grösserer oder geringerer Auftreibung desselben; die Kranken bieten die Erscheinungen einer innern Haemorrhagie: Blässe, Kälte der Haut, Ohnmachten, kleiner, kaum fühlbarer Puls, Angst, Erbrechen etc., — Erscheinungen, welche hie und da um so eher die Vermuthung einer stattgehabten Vergiftung auftauchen liessen, als der Tod sehr unerwartet und plötzlich zu erfolgen pflegte. Von den langsam erfolgenden, mässigern Blutergüssen entwirft Voisin folgendes Krankheitsbild: „Ein anfangs heftiger Schmerz, der durch den geringsten Druck, durch die leiseste Bewegung vermehrt wird, seinen hauptsächlichsten Sitz in der Beckenhöhle hat, sich bei jeder Katamenialperiode steigert und während der ganzen Zeit der Krankheit fortdauert, bisweilen mit einem sehr erschöpfenden Gefühl von Druck und Schwere im After ver-

bunden; dann entdeckt die Kranke oder der Arzt das Vorhandensein einer Geschwulst, die, schon in den ersten Tagen entstanden, eine Hervortreibung auf der einen oder andern Seite des Hypogastrium bildet, mehr oder weniger hoch gegen den Nabel sich erstreckt und einen matten Percussionston giebt. Während der ersten Tage ist sie weich und fluctuirend, später wird sie unregelmässig, von ungleicher Dichtigkeit, bisweilen kann sie dann wieder fluctuirend werden. Man fühlt dieselbe bei der Untersuchung durch die Vagina, wie sie den Gebärmutterhals nach vorn drängt, hinten das Rectum comprimirt, die selten violett gefärbten Wandungen der Scheide stark spannt, meistens den untern Beckenraum genau ausfüllt und meist 5 Centim. von der Schaamspalte vordringt. Dabei sind Stuhl- und Harnentleerung mehr oder weniger beschwerlich; Tenesmus der Blase, Verstopfung häufig. Die Allgemeinerscheinungen sind die einer Peritonitis.“

In manchen Fällen erreicht der Bluterguss nicht gleich mit seinem Auftreten, sondern erst nach Verlauf von mehreren Tagen oder sogar Wochen seine grösste Dimension. Man muss hier ein mehrmaliges Eintreten eines Blutergusses annehmen. Der Verlauf der Krankheit kann ein acuter, subacuter und chronischer sein. Ein rasches, lethales Ende unter den Symptomen der innern Haemorrhagie haben meist die bedeutenden, rasch eintretenden Blutextravasate. Geringere, sowohl intra- als extraperitonäale Blutergüsse haben einen günstigeren Verlauf. Der Tod ist im Verhältnis zum Ausgang in Heilung eine Seltenheit. Was die verschiedenen Arten der günstigen Ausgänge betrifft, so sind als solche zur Beobachtung gekommen: 1) Resorption der Blutgesckwulst; 2) Entleerung derselben durchs Rectum, durch die Vagina, in die Uterinhöhle; 3) Durchbruch des intraperitonäal abgekapselten, oder des extraperitonäal gelegenen Blutextravasats in den freien Peritonäalsack; 4) der Uebergang in Eiterung.

Nach der statistischen Zusammenstellung Voisin’s trat

in 25 (ohne chirurgischen Eingriff behandelten) Fällen 15 mal die Resorption ein.

in 27 Fällen 6 mal die Entleerung per rectum,
„ 27 „ 3 „ „ „ per vaginam,
„ 27 „ 4 „ „ Perforation ins Peritonäalcavum;

der Ausgang in Eiterung wird von ihm als der seltenste angegeben.

Am häufigsten tritt also der Ausgang in Resorption ein, vorausgesetzt, dass keine eingreifende chirurgische Behandlung stattfand. — Die Geschwulst nimmt allmählig ab, an die Stelle der anfangs vorhandenen Fluctuation tritt eine circumscripte Härte, während zugleich die mehr oder minder ausgesprochenen Symptome von Peritonitis, der drückende Schmerz in der Beckenhöhle, die Störung der Urin- und Kothentleerung sich mindert und das Allgemeinbefinden sich entsprechend verbessert. Leitet sich der Process der Resorption nicht ein, so wird meist unter Zunahme der Schmerzen, des Fiebers, der Appetitlosigkeit, Abmagerung etc. die Umgebung des Extravasats in einen höhern Grad von Entzündung versetzt, das ergossene Blut verwandelt sich in eine chocoladartige oder eiterige Masse, welche oft in Folge seiner dem Rectum mehr oder weniger benachbarten Lage einen fäcalen Geruch annimmt und früher oder später auf den oben angegebenen Wegen ihren Ausweg nimmt. Unter günstigen Umständen kann jedoch auch ein bereits in Eiterung übergegangenes Extravasat noch zur Resorption gelangen, die Abscesswandungen schrumpfen und die Abscesshöhle allmählig schwinden.

Verschieden angegeben wird der Einfluss, welchen die bald normal und schmerzlos, bald profus und schmerzhaft eintretende Menstruation auf die im Beckenraum vorhandene Blutung ausübt. Braun *) behauptet, auf Beobachtung am Krankenbett gestützt: „die Menstruation vergrössert die Blut-

*) Wiener medic. Wochenschrift Nro. 35.

geschwulst bedeutend," Voisin dagegen: „die Blutgeschwulst nimmt zur Zeit der Katemenien ab, während sie in den Zwischenzeiten stationär bleibt." Man wird beide Beobachtungen als richtig anerkennen müssen und als Resultat derselben die Ansicht aussprechen können, dass die Menstruation je nach Umständen entweder eine Vermehrung des Blutergusses hervorbringen, oder die im Gange seiende Resorption beschleunigen kann. Denn bekannt ist, dass mässige Hyperämiaen in der Umgebung von Exsudaten, welche in regressiver Metamorphose begriffen sind, zur Resorption derselben förderlich sind, dagegen wird eine zu bedeutende Congestion, eine starke Hyperämie eher im Stande sein, eine neue Gefässruptur zu erzeugen, zumal zu der Zeit, wo die früheren Rupturstellen noch nicht durch einen hinlänglich festen Thrombus verstopft waren, oder wenn eine derartige Veränderung der Gefässwandungen stattfindet, wonach dieselben zu Rupturen disponiren.

Diagnose: Wenn auch zur Feststellung der Diagnose die anamnestischen Momente, das plötzliche Auftreten von Schmerz unter mehr oder weniger ausgesprochenen peritonitischen Symptomen, die rasche Entwickelung einer Geschwulst im hintern Beckenraum, verbunden mit einem acut eingetretenen anämischen Zustand und das gleichzeitige Zusammenfallen dieser Erscheinungen mit der Menstruationszeit oder mit einem auf die Bauch-, resp. Beckengegend eingewirkten Trauma, — wenn auch diese Momente, zur Feststellung der Diagnose von hohem Werthe sind, so muss doch vorzugsweise von der objectiven, von der manuellen innern und äussern Untersuchung ein sicheres Urtheil über das Wesen der Krankheit erwartet werden.

Es scheint mir wesentlich, hervorzuheben, dass man die manuelle Untersuchung in horizontaler Rückenlage mit erhöhter Kreuzgegend, nach vorheriger Entleerung der Blase und des Rectum vornimmt und dabei, während die eine Hand innerlich, per Rectum und per vaginam explorirt, die andere

freie Hand zur Controle und zur Unterstützung der Untersuchung, auf die äussere Bauchwand legt. Das Verschobensein der hintern Vaginalwand nach vorn und unten, die nach vorn oder zur Seite gerichtete Stellung (je nachdem das Extravasat hinter dem Uterus oder mehr seitlich liegt) des Gebärmutterhalses, das Fühlbarsein einer, in manchen Fällen fluctuirenden, gleichförmigen Geschwulst, neben derselben der durch die erhöhte Lage des Kreuzes der Palpation zugänglich gewordene Uterus, der matte Percussionston, — dies alles sind Zeichen, welche mit Berücksichtigung der anamnestischen Momente die Diagnose sichern. Sollte der fundus uteri der Palpation unzugänglich sein und man im Zweifel bleiben, ob nicht der Tumor durch die Masse des Uterus selbst hervorgerufen würde, so kann die Anwendung der Uterussonde hierüber Aufschluss verschaffen. Die Exploration mit dem Speculum wird keine wesentlich diagnostischen Anhaltepunkte liefern, denn die blaue Färbung der hintern Vaginalwand, auf welche von Manchen so grosses Gewicht gelegt wird, giebt kein sicheres Kriterium für diese Beckentumoren ab.

Wurde schon oben ausgesprochen, dass es schwierig, ja in den meisten Fällen unmöglich sei, eine bestimmte Erklärung darüber abzugeben, ob der Sitz der Blutgeschwulst ein in- oder extraperitonäaler sei, so darf doch nicht unerwähnt bleiben, dass in manchen Fällen eine genaue Differenzirung der Symptome und der Untersuchungsresultate wenigstens eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose in Bezug auf den Sitz des Blutergusses zulässt. Bei dem intraperitonäal gelegenen werden mit seinem Auftreten die peritonitischen Symptome in den Vodergrund treten; die Geschwulst wird im Anfang eine grössere Weichheit, eine stärkere Fluctuation zeigen, als die zwischen die Lamellen des Ligamentum latum resp. in das Zellgewebe zwischen Vagina und Rectum eingeschlossene. Ferner ist man zu der Annahme berechtigt, dass bei Entzündnng der die Blutgeschwulst umgebenden Gewebe die

Perforation nach Rectum und Vagina und die derselben vorangehende bläuliche Färbung der hintern Vaginalwand sich unter sonst gleichen Umständen rascher einleiten wird bei den jenen Canälen näher gelegenen extraperitonäalen Exsudaten, als bei den intraperitonäalen. Aus demselben Grunde wird bei jenen die Urin- und Kothentleerung mehr beeinträchtigt sein und die durch directen Druck auf die Beckennerven bedingten neuralgischen Symptome in höherem Masse hervortreten.

Trotz dieser für eine stricte Diagnose nicht unwichtigen Anhaltepunkte wird es dem Praktiker, besonders wenn er die Affection nicht von ihrem Beginne an und in ihrem Verlauf unter fortwährender Beobachtung hatte, äusserst schwierig sein, den Sitz der Blutgeschwulst zu bestimmen. Noch schwieriger, ja in den allermeisten Fällen absolut unmöglich ist es, aus den Symptomen die Quelle der Blutung festzustellen.

Eine Verwechselung mit andern Tumoren dieser Gegend ist dann um so leichter möglich, wenn nicht eine sorgfältige Digitalexploration vorgenommen wird. Am leichtesten möchte eine Verwechselung mit Retroflexio oder Retroversio uteri mit einem perimetritischen Abscess, Ovarialgeschwülsten, Fibroiden der hinteren Uteruswand und Gravidit. extrauterina vorkommen. 1) Bei Retroflexio und Retroversio uteri ist bei verschobener Vaginalportion der Muttermund meist geöffnet; bei Versuchen, den durchs hintere Vaginalgewölbe wahrnehmbaren, häufig schmerzhaften, aber nicht fluctuirenden, durch den Gebärmutterkörper hervorgerufenen Tumor in die Höhe zu schieben, nimmt man auch eine Verschiebung der Portio vaginalis wahr; meist gelingt es auch, die Knickungsstelle mit dem Finger zu constatiren; der Beginn der Krankheit ist nicht so acut, wie bei den Blutergüssen im hintern Beckenraum. — 2) Die perimetritischen Abscesse: Sie entstehen langsamer; ihr Beginn fällt selten mit der Menstruationszeit zusammen, sondern sie sind meist Folge eines Wochenbetts oder eines Abortus; sie

stellen sich anfangs als feste, sehr schmerzhafte Geschwülste dar und lassen erst in ihrem weiteren Verlauf das Fluctuationsgefühl wahrnehmen. — 3) Die Ovariencysten: Sie geben vorzugsweise dann Veranlassung zu Verwechselung mit Blutergüssen im hintern Beckenraum, wenn sie noch nicht eine solche Grösse erreicht haben, dass sie die Bauchhöhle mehr oder weniger ausfüllen, sondern wenn sie als faust-, kindskopfgrosse Geschwülste im Douglas'schen Raum liegen und paritoneitische Verwachsungen mit dem Uterus, den breiten Mutterbändern und Darmschlingen eingegangen haben. Vor Täuschung schützt das allmählige, schmerzlose Entstehen der Ovariencysten, das Fehlen jeglicher Symptome einer stattgehabten innern Haemorrhagie, das allmählig fortschreitende Wachsthum derselben und die demselben entsprechende relative Veränderung ihrer Lage zum Uterus und der obern Beckenapertur. — 4) Auch die subserös an der hintern Uteruswand gelegenen und in die Plica Douglasii herabhängenden fibrösen Geschwülste haben einen langsamern, schmerzlosen Verlauf; sie werden ebenso wie die Ovariencysten meist in einem spätern Alter der Patientin beobachtet, als die spontan entstehenden Blutgeschwülste im hintern Beckenraum; die Exploration erkennt die kugelige, scharf begrenzte Form, die derbe Beschaffenheit derselben, oft ist ihre stielförmige Verbindung mit dem Uterus deutlich wahrzunehmen; ihre Beweglichkeit im hintern Beckenraum ist eine grössere. — 5) Graviditas extrauterina: ist dieselbe so weit vorgeschritten, dass einzelne Theile des foetus zu fühlen, die Fötalbewegungen, die fötalen Herztöne wahrnehmbar sind, dann kann eine Verwechselung nicht stattfinden, — aber in den frühesten Perioden der Schwangerschaft wird eine sichere Unterscheidung oft zu den grössten diagnostischen Schwierigkeiten gehören. Das Vorwiegen der einzelnen Schwangerschaftserscheinungen, die gleichzeitige Vergrösserung des leeren Uterus, besonders aber der Abgang von

Deciduafetzen aus der Uterinhöhle muss als wesentlichster Anhaltepunkt gelten.

Ein genaues, mehrmaliges Untersuchen, eine ruhige, vorurtheilsfreie Beobachtung, ein wohlüberlegtes Abwägen der Gründe, welche für die eine oder andere Affektion sprechen, ist immerhin in solchen Fällen der besste Schutz gegen diagnostische Irrthümer.

Dass die Prognose in der Mehrzahl von Fällen günstig zu stellen ist, ergiebt sich schon aus der Betrachtung über den Ausgang der Krankheit. Der oft rasche Eintritt des Todes bei traumatischen oder auch durch spontane Gefässrupturen entstandenen Blutergüsse ins Peritonäalcavum ist nicht in allen Fällen, wie Voisin meint, als die Folge des bedeutenden Blutverlustes anzusehen, — das rasche Auftreten der bedenklichen Symptome verglichen mit dem Sectionsbefund berechtigt vielmehr häufig zur Annahme der Ansicht, dass hier ein erschütternder, nicht näher erklärter Effect aufs Nervensystem den raschen Collapsus erzeugt. Denselben Effect sehen wir bei Durchbruch eines schon längere Zeit bestehenden, abgekapselten Blut- oder Eiterheerdes ins Cavum peritonei entstehen; die Kranken gehen so rasch zu Grunde, dass man die in manchen Fällen kaum merkbare Entzündung nicht als Ursache des Todes anklagen kann. — Bei der Perforation des Rectum oder der Vagina pflegt nach Entleerung der Flüssigkeit die Höhle allmählig zu verschrumpfen, ohne dass ein weiterer Nachtheil zurückbleibt. Dem Eindringen von Darmgas und Koth in die Bluthöhle wird gewöhnlich durch eine Art Klappenmechanismus entgegengewirkt, der sich in der Weise ausbildet, dass sich der Inhalt der Bluthöhle ins Rectum entleert, ein Rücktritt des Rectalinhalts aber nicht erfolgt. Jedoch sind mehrere Fälle beobachtet, in welchen dieser Rücktritt stattfand, in Folge dessen eine putride Zersetzung, ausgebreitete Entzündung und der Tod unter pyämischen Erscheinungen eintrat. In manchen Fällen müssen wohl auch besonders

ungünstige epidemische und endemische Einflüsse als Ursache der sich entwickelnden Pyämie angeklagt werden.

Therapie: Die Ansicht, dass eine exspectative Behandlung die besste sei, geht zu klar aus der comperativen Betrachtung der mit und ohne jegliche chirurgisch-eingreifende Behandlung verlaufenen Fälle hervor, als dass sie nicht allgemein eine Anerkennung fände. Natürlich versteht es sich von selbst, dass im Beginn der Krankheit zur Sistirung der Blutung, zur Verhütung eines neuen Ergusses, zur Mässigung der peritonitischen Symptome, ruhige Lagerung, kalte Umschläge aufs Abdomen, Opiate etc. zur Anwendung zu bringen sind. — Aber nicht unbedingt wird man den Grundsatz aufstellen können, dass man sich jedes chirurgischen Eingriffs zu enthalten habe. Es wird vielmehr in jenen Fällen, in denen die Geschwulst eine starke Prominenz in die Vagina oder Rectum bildet, wo sie heftige Schmerzen etc. verursacht, nur von Nutzen sein, wenn man dem Streben, einen Ausweg nach aussen zu erlangen, durch eine Incision oder Punction entgegenkommt. Man wird hierdurch den Process nicht allein abkürzen, sondern auch langwierige Eiterversenkungen, Gewebsunterminirungen oder gar einen Durchbruch ins Peritonäalcavum zu verhindern im Stande sein. Der Grund warum französische Chirurgen die Punction vorzugsweise fürchten, nämlich die Furcht vor Eintritt der Luft in den Blutsack und dadurch bedingter Pyämie erscheint mir weniger gerechtfertigt, als die Annahme, dass die meisten der nach der Punction eintretenden Pyämiefälle auf miasmatisch-contagiöse Zustände zurückzuführen sind, welche so häufig die Todesursache der chirurgischen Spitalkranken werden und bekanntlich besonders in französischen Spitälern wüthen.

Weitaus wichtiger ist es wohl, zu vermeiden, dass nicht durch die zu einer Zeit vorgenommenen Punktion, wo die Abkapselung des Blutergusses noch nicht vollendet, die Wandungen der Höhle, die Gefässthrombi noch nicht einen ge-

wissen Grad von Festigkeit erlangt haben, eine neue Haemorrhagie hervorgerufen wird.

Nach geschehener Perforation oder Incision wird die putride Zersetzung des Inhalts der Bluthöhle und ihrer Wandungen am besten dadurch zu verhüten oder zu verringern sein, dass für möglichst freien Abfluss gesorgt und desinficirende Injectionen (Injectionen von Aq. chlorat., oder einer Solut. kal. mang. hyperoxydat.) häufig angewandt werden. Zugleich muss man natürlich auf den Allgemeinzustand in entsprechender Weise Rücksicht nehmen.

---

3. Abscesse im hintern Beckenraum.

Die Abscesse des hintern Beckenraums reihen sich insofern der Betrachtung der Blutgeschwülste in dieser Gegend am natürlichsten an, weil sie theils aus diesen entstehen, theils ihnen sehr ähnliche Symptome, Verlauf und Ausgang haben.

Was ihren Sitz betrifft, so sind sie ebenfalls in- und extraperitonäal gelagert. Erstere sind verhältnissweise selten und haben eine andere Entstehung; letztere, im subserösen Gewebe rings um den Uterus gelegene kommen häufiger, besonders als Nachkrankheiten einer überstandenen Geburt zur Beobachtung und werden als perimetritische oder parametritische Abscesse, als Phlegmone periuterina beschrieben.

Die intraperitonäalen Abscesse können sich entwickeln aus einem abgesackten peritonitischen Exsudat, aus einem Blutextravasat, aus einer Extrauterinschwangerschaft, aus einem ursprünglich extraperitonäalen Exsudat, sobald dasselbe das Peritonäum durchbricht, endlich in Folge einer Darmperforation mit Versenkung des Darminhalts. Meist tritt zwar in letztern Fällen der Tod sehr rasch, oft unter toxischen Erscheinungen ein, — sei es, dass er herbeigeführt wurde durch den heftig erschütternden Effect aufs Gesammtnervensystem, oder durch die diffuse Peritonitis, — jedoch

sind auch Fälle beobachtet, in denen eine Abkapselung, eine Entleerung des Exudats nach aussen oder sogar Resorption desselben erfolgte.

Die in die Peritonäalhöhle gesetzten Exsudate, — mögen sie die Folge einer primären Peritonitis sein, oder als Ursache der Entzündung des bis dahin intacten Bauchfells auftreten (intraperitonäaler Bluterguss, Extrauterinschwangerschaft, Darmverletzung etc.) senken sich ihrer Schwere nach bis zur tiefsten Stelle des Peritonäalraums, also in die Douglas'sche Falte. Die in letzterer liegenden, der flexura iliaca oder dem Dünndarm angehörenden, mehr oder weniger mit Gasen angefüllten Darmschlingen werden nach oben zurückgedrängt und bedecken die Oberfläche des Exsudats; meistens ist es die flexura iliaca, welche das im Douglas'schen Raum liegende Exsudat nach oben theilweise abschliesst, während die leicht beweglicheren und stärker mit Darmgasen angefüllten Dünndarmschlingen mehr nach vorn und oben sich lagern und wesentlich die sich bald einstellende meteoristische Auftreibung des Bauchs bedingen. In Folge der Entzündung der das Exsudat umgebenden serösen Oberfläche bilden sich pseudomembranöse Platten, zellgewebige Stränge, welche die Darmschlinge mit der Blase oder dem fundus uteri, den Tuben, Ovarien, breiten Mutterbändern und dem die seitliche Beckenwand überziehenden Peritonäum verkleben und so das Exsudat, welches sich sogar bis in die fossae iliacae erstrecken kann, abkapseln, von der übrigen Peritonäalhöhle gleichsam abschliessen. Das so abgeschlossene Exudat kann nun verschiedene Metamorphosen eingehen. In den günstigsten Fällen bilden sich auch in der abgesackten Höhle zellig-fibröse Scheidewände, welche sich organisiren, während das Exsudat resorbirt wird und es bleibt eine bindegewebige Verdickung zurück; meist jedoch ist die Entzündung der das Exsudat umgebenden Gewebe so stark, die Eiterbildung nimmt so zu, dass sich eine Perforation ins Rectum, in die Vagina, den Uterus oder Blase ausbildet, der Eiter einen Ausweg

nach aussen findet und die Abscesshöhle nachträglich allmählich zum Schrumpfen gelangt.

Die subserös gelegenen Beckenabscesse sind entweder durch Versenkung von oben ins Becken gelangt, oder im Becken selbst entstanden. Die durch Entzündung des lockeren Lumbarzellgewebs, durch Krankheiten der Nieren, des Cöcums und ihrer Umgebungen, durch cariöse Affektionen der untern Brustwirbel und der Lendenwirbel erzeugten Abscesse versenken sich gewöhnlich längs des Psoas nach unten, gelangen mit ihm in die fossa iliaca und entleeren sich meist am Poupart'schen Band oder durch den Schenkelring nach aussen; ein Herabtreten derselben in den kleinen Beckenraum ist eine so grosse Seltenheit, dass sie füglich mit Recht aus unserer Betrachtung gestrichen werden können. Ebenso liegen die von der hinteren knöchernen Beckenwand und in dem das Rectum umgebende Zellgewebe (periproctitische Abscesse) entstehenden Eiterungen nur in sofern in dem Bereiche unserer Betrachtung, als sie bei der differentiellen Diagnostik von Wichtigkeit sind.

Entwickelt sich ein Abscess im subserösen Gewebe zwischen der hintern Uteruswand und Peritonäum, oder im oberflächlichen Parenchym der hinteren Uteruswand selbst (s. g. parenchymatöser Abscess des Uter.), — Abscesse, welche wohl immer die Folge einer puerperalen Metritis sind, oder aus dem eiterigen Zerfall eines Venen- oder Lymphgefäss-Gerinnsels hervorgehen, — so senkt sich der Eiter zwar gewöhnlich im subserösen Gewebe abwärts in die Tiefe der Douglas'schen Falte, jedoch kommt es auch vor, dass diese Abscesse den Peritonäalüberzug vor sich herdrängen und ihn beutelartig ins Cavum peritonaei ausstülpen, indem der durch die vorhergegangene Schwangerschaft so beträchtlich ausgedehnte Peritonäalüberzug ihrem Drucke leichter nachgiebt, als das subseröse Zellgewebe, welches weiter abwärts das Peritonäum mit dem Uterus verbindet. Ein solcher Eitersack mit vielleicht dünner Basis kann dann frei in die Plica

Douglasii herabhängen, ohne dass Verwachsung der Peritonäalblätter erfolgt. Es ist hierauf besonders aufmerksam zu machen, weil bei einer vom Rectum oder der Vagina aus vorzunehmenden Punction der Eiter in das Cavum peritonaei eindringen würde. Diese Abscesse sind es auch vorzugsweise, welche eine Ruptur des Peritonäums mit ihren Folgen befürchten lassen. — Nach vorangegangenen peritonitischen Adhäsionen perforiren sie gewöhnlich das Vaginalgewölbe oder die Rectalwand, der Durchbruch der Uterussubstanz kommt dagegen seltener vor.

Das subperitonäale Bindegewebe zwischen Uterus, Scheidengewölbe und Mastdarm kann Veranlassung zu Entzündung und Abscess in der Tiefe des Douglas'schen Raums geben (Phlegmone periuterina), welcher als kuglige Geschwulst in die Peritonäalhöhle vorragt. Die Ursache dieser Abscessbildungen sind meist puerperale Zustände, wir sehen dieselben aber auch bei Personen auftreten, die noch nie geboren haben, und wenn sich auch ihre Entstehung in manchen Fällen auf lang bestehende Menstruationsanomalien *), auf chronische Leucorrhoeen der Vagina und des Uterus, auf eine unzweckmässige Behandlung der Dislocationen des Uterus mit Hysterophoren zürückführen lassen, so gelingt es doch nicht immer, über ihre Aetiologie ganz ins Klare zu kommen. Resorption oder Entleerung durch die Scheide oder Rectum ist ihr gewöhnlicher Ausgang.

Die Mehrzahl der mehr oder weniger in den Douglasschen Raum hereinragenden Beckenabscesse haben ihren Sitz zwischen den Lamellen der breiten Mutterbänder. Meist sind sie Folge von puerperalen Zuständen, sie können aber auch durch Krankheiten der Ovarien, Menstruationsanomalien bedingt sein und gerade dann ragen sie, vermöge des anatomischen Sitzes der Ovarien an der hintern Fläche des breiten Mutterbands, am stärksten in den Douglas'schen Raum hinein.

---

*) Peaslee: Edinburgh. Med. Journ. berichtet mehrere derartige Fälle.

Die primäre Entzündung und Eiterbildung kann ihren Ursprung an verschiedenen Stellen des breiten Mutterbands haben, und gerade von diesem primären anatomischen Sitz hängt es, wie die Beobachtung verschiedener Krankheitsfälle lehrt, wesentlich ab, welchen Entwickelungsgang der Abscess einschlägt, nach welcher Richtung hin sich der Eiter versenkt. Dr. König *) hat dies auf experimentalem Wege nachzuweisen gesucht, indem er an verschiedenen Stellen ins lockere Zellgewebe des ligamentum latum Luft und Wasser injicirte und beobachtete, nach welcher Richtung sich das Injectionsmittel je nach den verschiedenen Ansatzpunkten des Injectionsrohrs versenkte. Gestützt auf seine Versuche und klinische Beobachtung stellt derselbe folgende, für die Entwickelung und Ausbreitung der Exsudate gültige Sätze auf: 1) „Ein in der Nähe der Tube und des Eierstocks im Bindegewebe des breiten Mutterbands sich entwickelndes Exsudat breitet sich primär nach dem Verlauf des Proas und Iliacus aus, erst dann senkt es sich ins kleine Becken. 2) Die Exsudate, welche sich primär in dem tiefern Bindegewebe an der vorderen seitlichen Gegend des Uebergangs des Uterus in dem Halstheil entwickeln, füllen zuerst das Zellgewebe des kleinen Beckens seitlich von den tieferen Theilen des Uterus und der Blase und gehen dann erst meist mit dem runden Mutterband nach dem Poupart'schen Band und dem Leistenring; von da aus gehen sie in die fossa iliaca nach aus- und rückwärts. 3) Die von der hintern Basis des Mutterbands sich entwickelnden Abscesse füllen zuerst die hintern Seitentheile des Beckens, den Douglas-schen Raum aus und verfolgen dann den sub 1. angegebenen Weg."

Es gelten natürlich diese Sätze vorzugsweise für eine sich acut entwickelnde Eiterbildung, bei der chronischen

*) Archiv der Heilkunde. 1862. Heft VI. Perimetrit. Exsudate im Becken der Wöchnerin.

Entwickelung, wie sie ja gewöhnlich ist, findet keine Regel statt.

Auf die Symptomatologie der in dem Douglas'schen Raum liegenden oder hereinragenden Abscesse ist eben der Sitz und die Entstehungsweise der Eiterung von dem grössten Einfluss. Bei den intraperitonäal gelegenen, werden, wie aus ihrer Aetiologie schon hervorgeht, die heftig auftretenden peritonitischen Symptome am meisten vorwalten, während die durch Druck des Abscesses auf seine Umgebung hervorgerufenen Erscheinungen erst späterhin, nach erfolgter Abkapselung sich geltend machen. Die subserös gelegenen Abscessbildungen, besonders diejenigen, welche auf einen puerperalen Process sich zurückführen lassen, haben das Eigenthümliche, dass bei den meisten Fällen die Erscheinungen im Beginne der Krankheit verhältnismässig geringfügig sind und sich erst im weiteren Verlaufe derselben steigern, Ihr Auftreten ist meist ein so allmähliges, dass es den Patienten nicht möglich ist, den Beginn der Krankheit zu bestimmen; sie geben an, dass sie sich seit dem letzten Wochenbette nicht wohl befänden, haben jedoch bei der Geringfügigkeit der Symptome wochen- ja monatelang ihre gewöhnlichen Geschäfte besorgt, bis sie es endlich wegen Steigerung derselben aufgeben und das Bett hüten mussten. In manchen Fällen traten jedoch auch hier die Symptome acut auf, beginnend mit einem heftigen, nicht selten sich öfters wiederholenden Fieberfrost. Sie bestehen dann ferner in einem Gefühl von Hitze, Schwere und Schmerzen in der Tiefe des Beckens, welcher letztere nach Kreuz und Schenkel ausstrahlt und bei Bewegungen, besonders beim Gehen, vermehrt wird, sehr lebhafte, stuhlzwangähnliche Schmerzen im Rectum mit dem Gefühl eines fremden Körpers in demselben; Blasencatarrh, Harnverhaltung, Harnzwang. Dabei finden zu gleicher Zeit fieberhafte Erscheinungen in höherem oder geringerem Grade statt; es tritt starke Abmagerung ein, die Consumption der Kräfte nimmt mehr und mehr zu. In manchen

Fällen treten diffus-peritonitische oder pyämische Erscheinungen mit typisch wiederkehrenden Schüttelfrösten ein und bilden die letzte Katastrophe.

Die äussere Untersuchung findet entweder den Uterus von normaler Grösse, oder in einem hypertrophischen Zustande, welcher um so hochgradiger ist, je früher im Puerperium der Process begann, je früher also der unter normalen Verhältnissen stattfindende Involutionsprocess unterbrochen wurde. Gewöhnlich ist der Fundus uteri nach der einen oder andern Seite durch das Exsudat verschoben; durch die Bauchdecken fühlt man rechts oder links vom Uterus eine schmerzhafte, derbe Schwellung, welche sich in manchen Fällen schon frühzeitig nach der einen oder andern fossa iliaca erstreckt und sich zu einer brettartigen, oft bis zur Nabelgegend und über die linea alba hinaus sich erstreckenden Härte entwickelt, wenn eine Versenkung des Abscesses nach der Inguinalgegend erfolgt. Meist schwellen die Drüsen der entsprechenden Inguinalgegend an, der Schenkel wird in seinen Bewegungen gehemmt, das Hüftgelenk stellt sich in Folge der Entzündung rings um den Ilio-psoas in Flexion und Adduction, es tritt in Folge des durch das Exsudat ausgeübten Drucks auf die Vena iliaca und die Beckennerven Oedem des Schenkels, Schenkelschmerz ein, welcher letztere in zwei von mir beobachteten Fällen als der bei Hüftgelenksaffectionen so charakteristische Knieschmerz hervortrat.

Die Untersuchung per vaginam et rectum lässt meist schon ganz im Beginn der Krankheit eine feste, schmerzhafte, oft circumscripte, knotenförmige, meist jedoch diffuse Schwellung, rechts oder links von der Portio vaginalis oder hinter derselben gelegen, durchs Scheidengewölbe erkennen. Die betreffende Seite des Vaginalgewölbs ist abgeflacht, die Vaginalportion ist nach der der Lage des Exsudats entgegengesetzten Seite verschoben, der Uterus in seiner Lage fixirt. Diese harte, schmerzhafte Schwellung kann sich im

weiteren Verlauf auf dreifache verschiedene Weise gestalten: 1) nach kürzerem oder längerem Bestehen verschwindet dieselbe in Folge allmähliger Resorption; 2) sie breitet sich nach der fossa iliaca hin aus, indem das Exsudat den oben angegebenen Versenkungsweg einschlägt, um sich in der Inguinalgegend einen Ausweg zu verschaffen; 3) sie senkt sich, allmählig weicher werdend, tiefer nach abwärts in den Raum zwischen Vagina und Rectum.

Im letzten Falle gleicht sich das Vaginalgewölbe an der betreffenden Seite immer mehr aus, so dass die Portio vaginalis an dieser Stelle zum Verstreichen kommt, die Vaginalschleimhaut wird ödematös, die anfangs feste Geschwulst wird zu einer weichen, fluctuirenden, und je nachdem die Eiteransammlung sich mehr nach dem Rectum oder der Vagina herabsenkt, stülpt sie die Vaginal- oder Rectalwand sackartig vor und gelangt schliesslich durch spontane Perforation nach aussen. Die Symptome der gestörten Urin- und Kothentleerung sind neben den fieberhaften die am meisten prävalirenden, besonders stellt sich als sehr lästiges Symptom ein schmerzhaftes Drängen zur Kothentleerung ein. Der Ansicht Peasleés*), dass dysenterische Durchfälle ein sehr wichtiges und sehr häufig bei Abscessen des hintern Beckenraums vorkommendes Symptom sei, kann ich nicht beistimmen. Bei allen von mir in hiesiger chirurgischen und geburtshilflichen Klinik beobachteten Fällen fehlte dasselbe, und bei den von Peasleé beschriebenen 5 Krankheitsfällen scheint mir eher die Erklärung als richtig angenommen werden zu müssen, dass sich mit dem Beckenabscess eine Dysenteria puerperalis, eine Krankheit, welche ja nicht selten für sich allein epidemisch auftritt, complicirte. Es ist dies um so wahrscheinlicher, weil angegeben wird, dass von jenen 5 Fällen 3 mit Strictur des Rectum endeten, — ein Ausgang, welcher nach Perforation eines Beckenabscesses

*) Edinburgh Medic. Journ. 1859.

(ohne weitere Complication) ins Rectum nie zur Beobachtung kam, nach Dysenterie dagegen häufig einzutreten pflegt.

Der Verlauf der Krankheit ist fast immer ein chronischer. Monate, ja Jahre können zwischen dem Beginn der Abscessbildung und seiner Heilung liegen, mag letztere durch Resorption oder durch Perforation nach aussen erfolgen. — Die Leichtigkeit und Schnelligkeit, mit welcher sich der Eiter den Weg nach aussen bahnt, mag abgesehn von der Acuität der Entzündung, nicht allein abhängen von dem primären Sitz des Entzündungs- und Exsudationsheerdes, sondern auch von der jedenfalls individuell verschiedenen lockeren oder festeren Beschaffenheit des durch Schwangerschaft und Wochenbett so bedeutenden Veränderungen unterworfenen interstitiellen Bindegewebs und der Fasciengebilde. Der gewöhnlichste Ausgang der Abscesse ist der in Genesung. Der Tod erfolgt entweder in Folge von Erschöpfung, oder Eröffnung der Abscesshöhle ins freie Peritonäalcavum, oder hinzukommender pyämischen Erscheinungen. Die verschiedenen Arten des glücklichen Ausgangs sind: 1) Resorption, 2) Entleerung des Eiters und zwar entweder in der Inguinalgegend (am Schenkelring, oder unter dem Ligamentum Poupartii) oder in die Vagina, ins Rectum, in die Blase. In 11 von mir beobachteten Fällen mit glücklichem Ausgang erfolgte die Entleerung 1mal in die Blase, 2mal in die Vagina, 4mal wurde Resorption beobachtet und 4mal wurde der Abscess unterhalb des Poupart'schen Bandes künstlich entleert.

Es kann nicht meine Absicht sein, auf all diese verschiedenen Arten des Ausgangs näher einzugehen und dieselben im Einzelnen zu besprechen; — nur auf einige Punkte soll hier besonders aufmerksam gemacht werden. — Resorption tritt nicht allein zu einer Zeit ein, wo man der Dauer der Krankheit, den subjectiven und objectiven Symptomen nach anzunehmen hat, dass der primäre Entzündungsheerd von geringem Umfange, die Eiterbildung eine sehr mässige ist, sondern sie erfolgt auch dann, — und gewiss viel häu-

figer, als wir von vornherein anzunehmen geneigt sind, — wenn sich bereits eine bedeutende Eitermenge und eine weitverbreitete Infiltration in die Maschen des Bindegewebs gebildet hat, so dass man eine Perforation zu erwarten berechtigt ist. Einen Beweis hierfür giebt folgender von mir in der geburtshilflichen Klinik genau beobachteter Fall: Bei einer 24jährigen Erstgebärenden begann sich in der 2. Woche des Puerperium ein linksseitiger perimetritischer Abscess zu entwickeln. Die anfangs mässig grosse, harte, empfindliche Schwellung im linken Vaginalgewölbe breitete sich allmählig, wie eine mehrmalige Digitaluntersuchung deutlich nachwies, nach der linken fossa iliaca aus. Durch die Bauchdecken fühlte man linkerseits eine brettartige, bis über die linea alba nach rechts und bis zum Poupart'schen Band nach unten sich erstreckende Härte, welche nach Verlauf von 18 Tagen unterhalb des Ligamentum Poupartii eine verdünnte, weiche, schmerzhafte und undeutlich fluctuirende Stelle zeigte. Eine künstliche Eröffnung an dieser Stelle schien jetzt indicirt, — dieselbe wurde jedoch, da die Symptome nicht dringend waren, um einige Tage verschoben. Zu meinem Erstaunen verlor sich die Schmerzhaftigkeit, die Fluctuation wurde undeutlicher, die brettartige Härte schwand immer mehr, das Allgemeinbefinden besserte sich, — kurz die Geschwulst kam zur Resorption und die Kranke genass unter rascher Zunahme der Kräfte vollständig.

Aehnliche Fälle wurden auch in hiesiger chirurgischen Klinik beobachtet und gewiss stand schon mancher Fall der Art in ärztlicher Behandlung, ohne dass das Leiden für eine Abscessbildung gehalten wurde.

Die Perforation des Abscesses in die Blase ist ein seltener, immer sehr bedenklicher und langwieriger Ausgang. In einem mit Genesung endenden Falle war der Verlauf kurz folgender: Eine 29jährige II. para bekam nach einer durch schwierige Extraction vollendeten Fussgeburt eine heftige Endometritis; in der 3. Woche des Puerperium wies eine

genaue, mehrmalig vorgenommene Untersuchung das Vorhandensein eines rechtsseitigen, perimetritischen Abscesses nach, der sich sehr langsam nach der rechten fossa iliaca versenkte. Nach Verlauf von weiteren 14 Tagen war die ganze rechte Unterbauchgegend bis 3 Finger breit über die linea alba nach links hinüber brettartig verhärtet und gab einen matten Percussionston, zugleich traten heftige Urinbeschwerden auf, wobei Harnverhaltung und tropfenweiser, schmerzhafter Harnabgang abwechselten. Plötzlich vermehrten sich die Schmerzen in der Blasengegend, die Blase fühlte sich bei der Untersuchung per vaginam prall an, der eingeführte Katheder entleerte eine grosse Menge blutigen, mit Flocken vermischten Eiters. In der folgenden Zeit wurde der in der Blase angesammelte Eiter täglich mehreremal mit dem Katheder entfernt, wobei die Beobachtung gemacht wurde, dass ein stärkerer Abfluss des Eiters erfolgte, sobald ein mässiger Druck auf die rechte Unterbauchgegend ausgeübt wurde. Sehr langsam nahm die Menge des Eiters ab, die Kranke erholte sich nur sehr allmählig und konnte erst 10 Wochen nach Eröffnung des Abscesses in die Blase als genesen entlassen werden.

Die Entleerung in das Rectum scheint vorzugsweise bei den durch graviditas extrauterina entstandenen mit Elimination der Fötalknochen verbundenen Abscessen einzutreten. So berichtet Hecker *), dass bei 76 mit Genesung endendən Fällen von graviditas extrauterina der in Eiterung übergegangene Fötalsack 28mal das Rectum perforirte und die Ausstossung von Fötalknochen durch den After erfolgte; in 17 Fällen erfolgte die Genesung durch Lithopaedionbildung, in 15 nach Ausstossung der Frucht durch die vordere Bauchwand, in 11 nach der Laparotomie, in 3 nach dem Scheidenschnitt, in 2 nach nicht deutlich präcisirten Vorgängen. —

*) Beiträge zur Lehre von der graviditas extrauterina: Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten. Bd. XIII.

In einem von Giessler *) beschriebenen, lethal endenden Falle von Abscessbildung eines extrauterinen Fötälsacks, entstand vom Douglas'schen Raum aus eine Perforation ins Rectum und in die Blase mit Ausstossung von Foetalresten aus dem After und der Urethra.

Fragen wir nach dem Grund, warum so häufig die Beckenabscesse verkannt, oder erst dann erkannt werden, wenn der spontane Abfluss des Eiters per vaginam oder Rectum erfolgt, oder wenn sich eine schwappende Geschwulst in der Inguinalgegend dem Gefühl deutlich präsentirt, so müssen wir als solchen das Versäumen einer sorgfältigen, mehrmaligen, innern und äussern Untersuchung anklagen. — Das Fühlbarsein einer schmerzhaften, derben Geschwulst, die entweder primär in dem Raum zwischen Rectum und Vagina liegt, oder sich allmählig hierher, sowie nach der fossa iliaca versenkt, verbunden mit den wahrnehmbaren Veränderungen an den die Versenkungslinie umgebenden Weichtheilen, das allmähliche Weicherwerden, die wahrnehmbare Fluctuation der Geschwulst, — diese objectiven Symptome werden, zusammengehalten mit den subjectiven Erscheinungen (Schmerz im Beckenraum, Fieber, Abmagerung etc.) und den anamnestischen Momenten (vorausgegangene Entbindung, vorausgegangene Peritonitis mit Exudatbildung, Wahrscheinlichkeit einer vorhandenen Extrauterinschwangerschaft etc.) die Diagnose in einer verhältnismässig frühen Periode der Krankheit sichern. Bezüglich des in- oder extraperitonäalen Sitzes des Abscesses wird man in manchen Fällen berechtigt sein, eine bestimmte Ansicht auszusprechen, in den meisten Fällen jedoch wird eine stricte Diagnose nicht möglich sein. — So wird man bei anfangs fester, allmählich sich erweichender, mehr auf einer Seite des Uterus gelegener, rasch sich versenkender Geschwulst zunächst an einen subserösen Abscess

---

*) Inauguraldissertation: Ueber einen Fall von Abdominalschwangerschaft. Marburg 1856.

denken müssen, vorausgesetzt, dass die übrigen Symptome und die Anamnese für die Bildung eines Abscesses sprechen, während die der Mitte des hintern Beckenraums entsprechende und verhältnismässig hohe Lage, das langsame Herabsenken mehr Wahrscheinlichkeit für einen intraperitonäalen Abscess liefern.

Für die differentielle Diagnose der Retroflexio und Re troversio uteri, Ovarialtumoren, fibroide der hinteren Uteruswand und Extrauterinschwangerschaft gelten wesentlich dieselben Anhaltepunkte, welche bei Besprechung der Differentialdiagnostik der Blutgeschwülste im hintern Beckenraum angeführt wurden; auch auf die Unterscheidung letzterer mit den Abscessen des hintern Beckenraums wurde dort bereits Rücksicht genommen. Verwechselungen mit Eiterbildungen, welche von der hinteren, knöchernen Beckenwand (in Folge cariöser oder nekrotischer Prozesse der letzten Lenden- oder obern Kreuzbeinwirbel, der Synchodrosis sacroiliaca oder der hintern Partie des Os ileum) oder von dem den Mastdarm umgebenden Zellgewebe (Periproctitischen Abscesse) ausgehen, werden dann nicht leicht vorkommen können, wenn man sich erinnert, dass dieselben das lockere Zellgewebe längs des Kreuzbeins und Steissbeins infiltriren, callöse Verdickungen, Fistelbildungen in der Aftergegend, unter Umständen auch im untern Theil der Vagina und im Rectum hervorrufen, oder sich — so die Abscesse in der Nähe des foramen ischiadicum — durch letzteres nach der Gefässgegend versenken. Sie können wohl durch Vorschieben des Rectum, oder durch starke Infiltration des Rectalzellgewebes den Douglas'schen Raum beengen, aber sie bilden nicht in denselben hervorragende Geschwülste. Schmerz der erkrankten Knochentheile bei äusserm Druck, von aussen wahrnehmbare Verdickung oder Verschiebung derselben, die starre, verdickte Beschaffenheit der vorderen Rectalwand und ihrer Umgebung bei der Exploratio per rectum, der normale Stand des Uterus und die vorzugsweise auf ein Er-

griffensein der Rectalgegend sich beschränkenden subjectiven Symptome werden den etwaigen Zweifel über den Sitz und das Wesen der Affektion aufklären.

In prognostischer Beziehung mag hier nur besonders darauf aufmerksam gemacht werden, dass beim Ausgang der Abscesse in Genesung, — mag dieselbe durch Resorption oder nach Eröffnung des Abscesses auf irgend einem der angegebenen Wege nach aussen erfolgen, — häufig in Folge des bei der Heilung der Abscesshöhle wirkenden Schrumpfungsprozesses oder der häufig eintretenden peritonitischen Verwachsungen, Lage und Structurveränderungen der Beckenorgane und der durch die Beckenhöhle verlaufenden Gebilde, Zellgewebsverdickungen zurückbleiben, welche ihrerseits wiederum Störungen verschiedener Art verursachen. So ist als Ursache der Dislocationen des Uterus häufig ein solcher Schrumpfungsprozess mit peritonitischen Adhäsionen anzuklagen; es können ferner durch Compression und Verengerung des lumens eines Ureters oder der im Becken verlaufenden venösen Gefässe, Störungen in der Harnsecretion mit secundärer Nierendestruction, oder Neigung zu Oedemen, oder variköse Ausdehnung der Venen des betreffenden Schenkels zurückbleiben. Es fallen diese secundären Nachtheile vorzugsweise in die Waagschaale bei einer wieder eintretenden Schwangerschaft und Geburt. — Ob der Modus, wie die Beckenabscesse zur Heilung gelangen, von einem bestimmten nachtheiligen Einfluss bei nachfolgender Schwangerschaft und Geburt ist, darüber liegen keine sichern Beobachtungen vor. Aus meiner Erfahrung kann ich mittheilen, dass bei Frauen, welchen ein zur fossa iliaca versenkter perimetritischer Abscess unterhalb des Ligamentum Poupartii künstlich eröffnet und zur Verheilung gebracht wurde, die etwa 1 Jahr später eintretende Schwangerschaft vollkommen regelmässig verlief und die Geburt ohne Störung vor sich gieng.

Therapie: Die Allgemeinbehandlung richtet sich wesentlich nach den am meisten vorspringenden Symptomen.

Ruhige Lage, reizlose, nährende Diät, Opiate zur Linderung der Schmerzen, feuchtwarme Umschläge auf den Unterleib zu demselben Zwecke, — dies werden die hauptsächlichsten therapeutischen Massregeln sein; dann muss durch Clysmata gegen die anhaltende Stuhlverstopfung, durch Anlegen des Katheders für gehörige Harnentleerung gesorgt werden. — Eine eigentliche chirurgische Behandlung kommt erst dann in Frage, wenn man sich durch genaue Beobachtung und mehrmalige Untersuchung überzeugt hat, dass der Abscess seiner Perforation nahe, eine Resorption nicht mehr zu erwarten ist. So bald man an einem zwischen Rectum und Vagina liegenden Abscess Fluctuation wahrnimmt, wenn die Versenkungslinie weiter nach unten rückt, und die Vagina resp. die vorderere Rectalwand stärker sackartig vorgetrieben wird, tritt die Indication auf, eine Incision in den vorgetriebenen Eitersack vorzunehmen. Dieselbe wird am einfachsten mit einem langen Bisturi gemacht, dessen Schneide bis zu ihrem vordern, etwa $^1/_2$'' langen Theil mit Heftpflaster umwickelt ist. Man wird so leichter den Zweck erreichen, als mit der vorläufigen Troikar-Punction und nachträglichen Erweiterung mit dem Knopfmesser. Ist der Abscess deutlich hoch oben im Douglas'schen Raum gefunden, so wird man sich vor der Vornahme der Incision immer erinnern müssen, dass derselbe ein extraperitonäaler sein, das Peritonäum der hintern Uteruswand sackförmig ausgestülpt haben und ohne peritonitische Verwachsungen in den Douglas'schen Raum hereinragen kann, dass mithin ein freier Peritonäalraum zwischen Abscess und Vaginalgewölbe bestehen könnte, in welchen sich nach der Punction der Eiter ergösse. Die nach der fossa iliaca versenkten Abscesse eröffnet man am besten in der von Dr. König ausführlich beschriebenen Weise unterhalb des Ligamentum Poupartii. Ich sah diese Incisionsmethode in hiesiger chirurgischer Klinik öfters anwenden und operirte selbst bei 2 Fällen nach derselben, — der Erfolg war stets ein äusserst günstiger, die Kranken

erholten sich bei dem freien Abfluss des Eiters auffallend rasch. Bei Versenkungen durch das foramen ischiadicum müssen die Fasern des Glutaeus quer incidirt werden, um dem Eiter möglichst freien Abfluss zu verschaffen. Um letzteren Zweck zu erreichen, mag dem Abscess durch künstliche oder spontane Eröffnung ein Weg nach aussen gebahnt sein, ist es oft nöthig, einen elastischen Katheder als Abzugsrohr in den Abscess einzuführen. Daneben kann es von Nutzen sein, durch Injectionen von Wasser, Chlorwasser oder Solut. kal. hypermang. die Zersetzung des Eiters hintan zu halten oder die bereits vorhandene möglichst zu beschränken.

---

4. Die durch Lageveränderung des Uterus hervorgerufenen Geschwülste des hintern Beckenraums.

Ohne Zweifel ist es der aus seiner normalen Lage abgewichene Uteruskörper, welcher sich uns am häufigsten als ein den hintern Beckenraum ausfüllender Tumor präsentirt. Eben wegen dieses so häufigen Vorkommens der Retroflexio und Retroversio Uteri waren diese Affektionen so oft Gegenstand der Discussion, man liest so manche Abhandlung über dieselben in Journalen und Monographieen, dass man a priori zu dem Gedanken gedrängt wird, als sei dieser Gegenstand in allen Punkten erschöpft, als lasse sich demselben keine neue, der Besprechung würdige Seite abgewinnen. Dass dem jedoch nicht so ist, davon überzeugt man sich bald, wenn man die Literatur genauer durchforscht und auf die so verschiedenen Ansichten über die Entstehung, über die Behandlung der Krankheit stösst. Die von dem einen Autor aufgestellten pathogenetischen Erklärungen oder die von dem einen angepriesenen therapeutischen Massregeln werden von einem andern als irrig, als unzureichend, als zweckwidrig hingestellt. — Fragt man sich, worin diese Verschiedenheit der Meinungen seinen Grund hat, so kommt man bald durch objective Betrachtung der Sache zu dem

Resultat, dass sie in nichts anderem beruht, als in der Mannigfaltigkeit, in der Verschiedenheit der zur Beobachtung gelangenden Fälle, sowohl in Bezug auf ihre Aetiologie und auf die Mechanik des Zustandekommens, als auf die Grösse der Lageveränderung und des damit verbundenen Symptomencomplexes. Es liegt hiernach auf der Hand, dass man nicht allgemein gültige Sätze hierüber aufstellen, dass man nicht für alle Fälle gleiche Maximen der Behandlung verfolgen kann.

Die verschiedenen Modi der Pathogenese der Retroflexio und Retroversio uteri werden am besten dadurch anschaulich, wenn man sich die Frage zu beantworten sucht, wodurch der Uterus in seiner normalen Lage fixirt wird.

Es sind nicht allein die breiten und runden Mutterbänder, welche eine gewisse Fixation des Uterus bedingen, es ist nicht allein die besonders von Rokitansky und Virchow hervorgehobene eigenthümliche Organisation der Substanz des Uterus (— welche sich dadurch charakterisirt, dass das fibromuskuläre Gewebe im Corpus mehr Muskelfasern und Gefässe, im Collum mehr festes, fibröses Gewebe enthält —), wodurch der untere Theil des Uterus dem oberen zum festen, steifen Stützpunkt wird, der seinerseits noch durch die Insertion des Vaginalgewölbes in seiner Lage gehalten wird, — sondern es ist auch die bindegewebige, ligamentöse Anheftung des grössten Theils der vordern Uteruswand an die Blase und die sich vom fundus uteri nach der Blase herüberspannende Bauchfellfalte, welche dem Ausweichen des Uterus aus seiner normalen Lage entgegensteht. Diese letztere Befestigung ist von viel grösserer Bedeutung, als man gewöhnlich annimmt. Durch Versuche an Leichen habe ich mich überzeugt, dass nach Durchschneidung der Ligamenta lata und rotunda der Uterus in seiner Lage noch fixirt bleibt, dass es dagegen nur eines geringen Anstosses bedarf, um den fundus uteri nach der hintern Beckenwand zu dislociren, sobald seine Verbindung mit der hintern Bla-

senwand getrennt wird. Auch die im normalen Zustande zwischen Uterus und hintern Beckenwand schlaff herabhängenden und diesen Raum mehr oder weniger ausfüllenden Intestina mögen zur Fixation der Lage des Uterus beitragen.

Alle diese Befestigungsmittel werden, so wie das Gewebe des Uterus selbst, in einem geringen Grade schon während der Katamenialzeit, am stärksten aber während der Schwangerschaft gelockert; erleidet nun die normal eintretende Rückbildung des aufgelockerten Gewebs durch irgend welche Ursache eine Störung, so ist damit schon die Hauptveranlassung zur Dislocation des Uterus gegeben. Die Dislocation in den hintern Beckenraum muss dadurch begünstigt werden, wenn neben dieser Auflockerung, wie es ja so häufig bei Menstruationsanomalieen, nach Geburten einzutreten pflegt, zugleich eine mehr oder weniger ausgebreitete Peritonitis auftritt. Diese kann auf mehrfache Weise einflussreich werden: Das durch die Peritonitis gesetzte Exsudat sammelt sich im hintern Beckenraum als der tiefsten Stelle des Peritonäalsacks, drängt die hier liegenden Eingeweide in die Höhe, bildet Verklebungen zwischen der hintern Uteruswand, den Tuben, Ovarien oder den Ligamentis latis, das Exsudat organisirt sich zu bindegewebigen Strängen oder Membranen, welche bei eintretender Schrumpfung als derbe, strangartige Verbindungen den Uterus in den Douglas'schen Raum herabziehen. Ferner wird durch den bei Peritonitis auftretenden Meteorismus der Intestina der Druck in der Peritonäalhöhle vermehrt und dadurch ein Ausweichen des in seinen Befestigungspunkten gelockerten Uterus aus seiner normalen Lage begünstigt.

Auch durch Zug oder Druck von Geschwülsten der Beckenhöhle kann der Uterus dislocirt werden und als prädisponirend für das Zustandekommen einer Lageveränderung des Uterus in den hintern Beckenraum sind angeborene Abnormitäten zu betrachten, wie abnorme Länge der Mutterbänder, starke Excavation des Os sacrum, Geräumigkeit des

Beckens, bedeutende Tiefe der Plica Douglasii, weites Herabreichen des Peritonäum an der vordern Uterusfläche, also eine tiefe Plica vesico-uterina.

Ist das Gewebe der unteren Uterushälfte gelockert, mehr oder weniger erweicht, so wird die Längsaxe des Uterus bei der Rückwärtsbiegung seines fundus leichter geknickt werden (Retroflexio uteri), bei straffer Beschaffenheit des Collum uteri findet diese Knickung nicht statt (Retroversio uteri). Bei hochgradiger Retroflexion pflegt aber immer die Portio vaginalis mehr oder weniger die der Retroversion zukommende Stellung einzunehmen, indem sie aus ihrer ursprünglichen Lage in Folge des auf sie wirkenden, fortwährenden, durch den tiefer herabgetretenen fundus ausgeübten Zugs nach vorn und oben emporsteigt. Die Knickungsstelle liegt meist an der Uebergangsstelle des Cervix und des Corpus uteri. Es hat dies (Rokitansky) seinen Grund in der anatomischen Anordnung des Uterusgewebs. Die derbe, straff-faserige, dem Cervix uteri angehörende und ihm seine Festigkeit verleihende Bindegewebsmasse verdünnt sich in der Gegend des Orificium internum und breitet sich an dem voluminöseren Uteruskörper als lockeres, submucöses und intermuskuläres Bindegewebe aus. An dieser relativ dünnsten Stelle wird die Knickung um so leichter erfolgen, da der untere Theil des Cervix durch die Vaginalinsertion fixirt wird. In seltenen Fällen liegt die Knickung nicht in der Längsaxe des Uterus, sondern am obern Ende der Vagina; es hat sich dann der Uterus um eine Queraxe gedreht, welche ungefähr in der Hälfte seiner Länge liegend gedacht werden muss (cf. unten). Die Folgezustände der Rückwärtslagerung des Uterus erstrecken sich theils auf diesen selbst, theils auf die ihn umgebenden Theile, und hierdurch werden dann wieder eine Reihe von Störungen hervorgerufen, welche je nach dem Grade der Lagedeviation, je nach individuellen Verhältnissen an Intensität verschiedene lokale und allgemeine Symptome hervorrufen.

Betrachten wir zunächst, welche Veränderungen, welche subjectiven und objectiven Symptome durch eine rückwärts gelagerte Gebärmutter hervorgerufen werden und welche Stellung, welche Lage die Gebärmutter zu den einzelnen Beckenorganen einnehmen kann.

Zunächst tritt eine Störung der Circulation in den Uteringefässen ein; die zur Zeit der Menstruation, welche meist unregelmässig, häufig profus ist, sich verstärkende Hyperämie giebt Veranlassung zu localen Peritoniten, zu peritonitischen Verwachsungen des Uterus in der Plica recto-uterina, zu einer allmählig fortschreitenden Hypertrophie des Uteruskörpers, zu chronischen Entzündungen und Catarrhen derselben. Daneben bildet sich meist eine Atrophie an der Knickungsstelle aus. Man findet nicht selten bei der Untersuchung per rectum den vergrösserten, empfindlichen, im Douglas'schen Raum liegenden Uteruskörper durch derbe, kurze oder strangartige Verwachsungen an die vordere Rectalwand adhärirt und in seiner abnormen Lage so fixirt, dass bei Versuchen der Reposition das Rectum mit in die Höhe gezerrt wird. Die Blase wird nach hinten verzogen, die Vaginalportion drückt auf die Blasenhalsgegend, und wenn schon hierdurch Störungen in der Urinsecretion hervorgerufen werden, so geschieht dies noch mehr in den Fällen, wo eine durch Druck oder durch Knickung hervorgerufene Verengerung resp. Stenosirung der neben dem Cervix uteri angehefteten Harnleiter stattfindet. Es entsteht Hydronephrose mit den sie begleitenden Symptomen: paroxysmenweiser Schmerz in der Lumbal- und Lendengegend, Harndrang, Neuralgieen etc. *). Bei hochgradiger Ausdehnung der retrovertirten Gebärmutter, wie sie durch hinzukommende Graviditas eintritt, kann sich in Folge des Drucks

*) cf. Freund: „Ueber Rückwärtsknickung der Gebärmutter," Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten. Bd. XX. Heft VI. und Misley: Medic. Times and Gazette 1855. April-Heft.

auf die Harnleiter Urämie entwickeln. Bamberger *) berichtet einen Fall von tödtlich endenden Urämie bei Retroversio einer im 5. Monate scwangeren Gebärmutter.

Es muss ferner je nach dem Grade der Rückwärtslagerung und je nachdem der fundus uteri in der Medianlinie, in der rechten oder linken Kreuzdarmbeinaushöhlung liegt, dem Herabtreten des Koths durchs Rectum ein grösseres oder geringeres Hindernis in den Weg gesetzt und so die mannigfachen Beschwerden der gestörten Kothentleerung hervorgerufen werden. Ausser diesen, wesentlich in rein mechanischen Verhältnissen liegenden Krankheitserscheinungen, treten noch eine Menge auf Irritation des Nervensystems beruhende Erscheinungen auf, welche man unter dem Collectivnamen der Hysterie zusammen zu fassen pflegt. Es hängen dieselben bekanntlich von mannigfachen individuellen Verhältnissen ab und sind einer so grossen Variabilität unterworfen, dass sie unter gleichem objectivem Befund in dem einen Falle fast vollkommen fehlen oder doch sehr geringgradig sind, während sie in dem andern als die lästigsten und beschwerlichsten hervortreten.

Mit der allmählig fortschreitenden Hypertrophie des in der Aushöhlung des Kreuzbeins gelagerten Uterus wird die Ursache zu einem immer tieferen Herabtreten des fundus in den untern Raum des kleinen Beckens und zu weiteren Veränderungen der hier liegenden Gebilde gegeben. Die Vergrösserung des Uteruskörpers muss auf Kosten des untern Beckenraums vor sich gehen, da sein Emporsteigen nach oben durch die nach vorn vorspringende Promontorialgegend gehindert wird. Die sich mehr und mehr anhäufenden Kothmassen im obern Theil des Rectums hindern ebenfalls nicht nur das Emporsteigen des Uterus, sondern derselbe wird durch den von ihnen ausgeübten Druck, welcher durch die

---

*) Scanzonis Beiträge zur Geburtskunde und Gynaekologie. Bd. II. pag. 158.

Anstrengungen der Bauchpresse beim Versuch der Kothentleerung noch vermehrt wird, noch weiter nach abwärts gedrückt. — Werden die den Beckenausgang verschliessenden Gebilde (die Beckenfascien und die von ihren verschiedenen Blättern eingehüllten Weichtheile) durch den anhaltenden Druck nicht allmählig erschlafft und nachgiebig, sondern setzen sie dem durch Hyperämie und chronische Entzündung voluminöser gewordenen Uterus einen zu beträchtlichen Widerstand entgegen, so treten die Symptome der Einklemmung ein. Es wird dies bekanntlich sehr häufig in den ersten Monaten einer bei Retroflexio uteri eintretenden Schwangerschaft beobachtet, welche dann, sobald nicht die künstliche Reposition leicht gelingt, mit einem Abortus endet. Einzelne Fälle finden sich in der Literatur beschrieben*), in welchen nach vergeblichen Repositionsversuchen der schwangeren Gebärmutter durch die stetig zunehmende Vergrösserung derselben und den sich immer steigernden Druck partielle Gangrän des Uterus und der vordern Rectalwand entstand, der fötus durch den After sich ausstiess und die Mutter ohne weiteren Nachtheil genas. Und Froriep**) giebt uns die Beschreibung und Abbildung von einem Prolapsus des retrovertirten Uterus vor die äussern Genitalien, welcher dadurch zu Stande kam, dass die schwangere hochgradig-retrovertirte Gebärmutter im 3. Schwangerschaftsmonat einen Riss des Peritonäums und der hintern Vaginalwand hervorbrachte, durch welchen der fundus und der grösste Theil des Corpus uteri bis vor die Labien hervortrat, während das Orificium gerade nach oben gerichtet blieb. Grenser***) erzählt einen dem vorigen ganz ähn-

*) Beiträge zur Wiener Wochenschrift 1856. Nr. 9 pag. 20 und Nr. 23 pag. 46.

**) Notizen aus dem Gebiete der Natur- und Heilkunde. Bd. I. Nr. XX. 1837.

***) Beilage zur Wiener Wochenschrift Nr. 39. 1856. Section für Geburtshilfe bei der 32. Versammlung der Naturforscher in Wien.

lichen Fall: eine im 3. Monate Schwangere, an Retroversio Leidende fühlte plötzlich die heftigsten Schmerzen im Unterleib, zugleich trat sehr starkes Drängen nach unten ein, — die hintere Vaginalwand riss, die schwangere Gebärmutter sammt den Tuben und Ovarien trat vor die äusseren Genitalien.

Aber auch bei der nicht schwangeren retroflectirten Gebärmutter kann besonders zur Zeit der Menstruation Incarceration mit ihren Folgen eintreten. So erwähnt Rokitansky*) eines Falles, wo der fundus des retroflectirten Uterus in einem durch Brandschorf entstandenen 1 Guldenstück grossen runden Loch in die vordere Wand des Rectum eingelöthet war.

Befindet sich aber der Beckenboden in einem erschlafften, nachgiebigen Zustande, sind besonders die Fasern des Levator ani, dem Druck von oben nachgebend, auseinandergewichen, so pflegt meist eine Senkung des abnorm gelagerten Uterus und eine damit verbundene Erschlaffung des obern Vaginaltheils zu entstehen. In solchen Fällen treibt der fundus uteri die hintere Vaginalwand vor sich her, bildet eine bruchsackartige Einstülpung derselben und füllt die Vagina als ein runder, reponibler oder in seiner Lage durch peritonitische Verwachsungen fixirter Tumor aus.

In hiesiger pathologisch-anatomischen Sammlung findet sich ein Präparat, welches einen herabgesunkenen und zugleich stark retroflectirten Uterus neben Prolapsus der hintern Vaginalwand vor die Labien darstellt. Der rückwärts gewandte fundus und corpus uteri liegt in dem bruchsackartig ausgestülpten hintern Vaginaltheil, also vor den äusseren Geschlechtstheilen, während der als kleine, verstrichene Querspalte sich darstellende Muttermund nach oben und vorn in der Gegend des Blasenhalses liegt. Der Peritonäalüberzug des Uterus ist in der Tiefe des Douglas'schen Raums durch peritonitische Adhäsionen fixirt. — Ist die vordere Rectalwand vorzugsweise erschlafft, ein Zustand, welcher bei

---

*) Lehrbuch der pathol. Anat. III. Aufl. Bd. III. pag. 461.

starker Excavation des Os sacrum, bei abnormer Länge des Mesenterium um so leichter zu Stande kommt, so wird der fundus uteri eine Invagination der vordern Rectalwand bewirken und eine in die Höhle des Mastdarms vorspringende Geschwulst bilden, welche gleich einem breitgestielten Polypen klappenartig dem Herabtreten des Koths sich entgegensetzt. Denken wir uns bei diesem Zustand auch den Sphincter ani erschlafft, so wird durch die Anstrengungen bei der Kothentleerung die bruchsackartig eingestülpte vordere Rectalwand mit dem fundus uteri als Inhalt des Bruchsacks allmählig aus dem After heraustreten. Wir haben dann also einen Mastdarmbruch, dessen Inhalt der umgestülpte fundus uteri bildet.

Ich theile hier die Beobachtung zweier derartiger Fälle ausführlich mit*). Eine genaue Beschreibung erscheint mir deshalb angemessen, weil ich, soweit mir die Literatur über diesen Gegenstand zugänglich war, nirgends einen ähnlichen Fall beschrieben oder erwähnt finde. — Der erste dieser Fälle wurde von mir, der zweite von Dr. Mumm beobachtet und zur Publikation mir übergeben.

I. Fall: E. L., 36 Jahre alt, seit 9 Jahren verheirathet, von kräftigem Körperbau und gutem Aussehen, hatte dreimal geboren. Die beiden ersten Geburten verliefen durchaus normal, ebenso gieng das Wochenbett ungestört vorüber. Bei der dritten Geburt dauerte angeblich die Austreibungsperiode des stark entwickelten Kindes lange. Das Wochenbett verlief abnorm, — den Angaben der Patientin nach muss man auf eine stattgehabte Metro-Peritonitis schliessen. Nach dem Wochenbett blieb ein mässiger Grad von Blennorrhoe, ein Gefühl von Schwere und Druck in der Beckengegend zurück, das sich beim jedesmaligen Eintritt der Menstruation beträchtlich steigerte; zugleich war die Urinent-

*) Die beigefügten Abbildungen stellen die zu beschreibende anomale Lage der Beckeneingeweide schematisch dar. Eine nähere Erklärung derselben wird nicht nöthig sein.

leerung schmerzhaft und ein häufiger Drang zum Urinlassen vorhanden; auch die Defaecation war mit stuhlzwangähnlichen Schmerzen verbunden und eine meist mehrere Tage dauernde Obstruction war das gewöhnliche. In Folge der heftigen Anstrengung bei der Stuhlentleerung trat, angeblich zum ersten Mal etwa 6 Monate nach der letzten Niederkunft, der Mastdarm vor. Ungefähr 15 Monate nach der letzten Geburt erfolgte von Neuem eine Conception, aber schon nach 2 Monaten trat ein Abortus ein, welcher ein 6 wöchiges Krankenlager zur Folge hatte. Urin- und Kothentleerung waren jetzt schmerzhafter als früher, der Prolapsus recti, welcher bisher in einem mässigeu Grade bestanden hatte, vergrösserte sich beim Versuch der Defaecation, so dass dieselbe nur dann möglich wurde, wenn Patientin in halb sitzender, halb stehender Stellung die prolabirten Theile reponirte und zurückhielt. Die Menstruation trat unregelmässig, aber jedesmal profus ein und war mit heftigen, nach der Kreuzgegend und den Oberschenkeln ausstrahlenden Schmerzen verbunden.

Bei der von mir vorgenommenen Untersuchung, welche 14 Wochen nach dem stattgehabten Abortus erfolgte, stellte sich folgender Befund heraus: die vordere, vorgestülpte Rectalwand bildete eine rundliche, derbe, mit einer lederartigen Haut überzogene, etwa 1½″ vor dem Afterrand liegende Geschwulst. Nach hinten von ihr befand sich die zu einer Querspalte verzogene, von einem Schleimhautwulst umgebene Afteröffnung, dagegen setzte sich der vordere Anusrand unmittelbar in die vorgestülpte Partie über, so dass zwischen beiden nur eine kleine Furche sichtbar war. Beim Versuch, die Geschwulst zu reponiren, fiel zunächst die bedeutende Resistenz derselben auf und das Gefühl, als ob eine in die Tasche des Rectum eingelagerte Masse nach oben auswich. Bei gleichzeitig vorgenommener Untersuchung per vaginam zeigte sich deutlich, dass der bis zu einem gewissen Grad mobile, vergrösserte Uterus hochgradig retro-

vertirt war und sein fundus in der prolabirten Tasche der vordern Rectalwand lag. Die Vaginalportion stand verhältnismässig tief im Becken, sie war nach vorn und oben in der Art verschoben, dass der explorirende Finger zunächst nur auf die hintere Muttermundslippe gelangte und diese nach vorn umgehen musste, um den nach oben und vorn gerichteten, als geöffnete Querspalte sich darstellenden Muttermund zu erreichen. Eine vordere Muttermundslippe war nicht vorhanden, sondern es setzte sich das vordere Vaginalgewölbe unmittelbar an den vorderen Muttermundsrand an. Die hintere Scheidewand war beträchtlich nach vorn gedrängt, so dass die Vagina stark von vorn nach hinten zusammengepresst erschien.

Es gelang wohl, den Prolapsus recti mit seinem Inhalt zu reponiren, die Elevation des retrovertirten Uterus dagegen war nicht möglich. Das der Elevation sich entgegenstellende Hindernis lag, wie es der im Rectum liegende Finger controliren konnte, in einer Verwachsung des fundus uteri mit der vordern Rectalwand. Der reponirte Prolapsus recti trat mit dem fundus uteri als Inhalt bei schon geringem Drängen der Patientin wieder vor den Anus herab.

Bemerkenswerth ist noch, dass bei der äusseren Beckenuntersuchung eine starke Wölbung des Kreuzbeins auffiel.

II. Fall: A. R., etwa 38—40 Jahre alt, Mutter von 6 Kindern, gab an, dass sie seit der letzten Entbindung, welche ebenso wie die früheren ohne erhebliche Störung verlaufen war und keine wesentlichen Krankheitserscheinungen während des Wochenbetts zur Folge gehabt hatte, an einem bei jeder Stuhlentleerung hervortretenden Mastdarmvorfall leide, welcher seit den letzten Monaten so tief herabgetreten sei, dass er eine vor dem After liegende Geschwulst bilde und von selbst nicht mehr zurücktrete.

Die Menses sind regelmässig und schmerzlos, jedoch sehr profus, die Harnentleerung ist ungestört. Ueberhaupt sind die durch diesen pathologischen Zustand hervorgerufenen

Beschwerden sehr gering und bestehen wesentlich nur in der erschwerten Defaecation, welche dann allein möglich ist, wenn Patientin den Prolapsus nach vorn und oben mit der Hand zurückdrängt und wenn zugleich die faeces eine breiige Beschaffenheit haben. Die vorgefallene vordere Rectalwand bildet einen gänseeigrossen, festen, mit einer bläulich gefärbten, derben Haut überzogenen, vor dem Rand des Afters liegenden Tumor. Die hintere, ebenfalls etwas vorgefallene Wand des Rectum bildet einen etwa daumendicken Wulst am Afterrand; zwischen der vorgestülpten vordern Rectalwand und dem Anusrand dringt der Finger etwa 1″ hoch in die Höhe, ehe er an die Umbeugungsstelle des vorgestülpten Rectaltheils gelangt.

In der taschenförmigen Ausstülpung resp. Invagination der vordern Rectalwand ist deutlich der etwas vergrösserte fundus uteri zu fühlen. Die Gebärmutter ist, wie die Exploratio per vaginam ergiebt, so hochgradig retrovertirt, dass die portio vaginalis grade nach oben steht, das Os uteri externum nur dann erreichbar ist, wenn man den in die Vagina eingeführten Finger an seiner Spitze hackenförmig umkrümmt. Die vordere Muttermundslippe ist auch hier, wie beim ersten Falle, durch die Insertion des Vaginalgewölbs an den Rand des Muttermunds gleichsam verschwunden. Die Reposition des Prolapsus mit seinem Inhalt gelingt leicht, und bei gleichzeitigem Manipuliren mit den ins Rectum und die Vagina eingeführten Fingern kann auch der dislocirte Uterus so weit zur normalen Lage zurückgebracht werden, dass er nur eine mässig retrovertirte Richtung beibehält. Die Senkung des Uterus in die Rectaltasche und der Prolapsus recti in der früher vorhandenen Grösse erfolgt jedoch, besonders beim Drängen nach abwärts, bald wieder.

Es beweisen diese Fälle zur Genüge, dass man nicht, wie man bisher anzunehmen gewohnt war, als den höchsten

Grad der vorkommenden Rückwärtslagerung der Gebärmutter denjenigen zu betrachten hat, bei welchem der convexeste Theil des Gebärmuttergrunds eben so tief steht, als der untere Abschnitt der Vaginalportion*), wir sehen vielmehr, es kann die Lageveränderung des Uterus eine bedeutend grössere sein, es kann der Uterus eine wirkliche Umkehrung seiner Lage in der Weise erfahren, dass der fundus uteri der am tiefsten, die Portio vaginalis der am höchsten stehende Theil desselben wird. Freilich werden diese Fälle immerhin zu den seltensten gehören, da ihr Zustandekommen eine Anzahl begünstigender Momente voraussetzt, welche nicht häufig gleichzeitig beisammen gefunden werden möchten. Zu jenen begünstigenden Momenten müssen wir ausser einer bedeutenden Schlaffheit der Beckenorgane und der sie umgebenden Weichtheile, eine angeborene abnorme Tiefe der Plica Douglasii und eine gewisse Mobilität des Rectum rechnen.

Besondere Berücksichtigung verdient der in beiden Fällen beobachtete Stand und Beschaffenheit der Portio vaginalis. Wir wissen, dass bei geringen Graden von Retroflexio der Stand der Portio vaginalis wegen der in der Gegend des innern Muttermunds vorhandenen Knickung wenig verändert ist; je tiefer sich aber der fundus uteri im hintern Beckenraum herabsenkt, je schlaffer das Vaginalgewölbe wird, desto mehr wird durch die Spannung der Theile an der vordern Uterusfläche die Plica vesico-uterina ausgeglichen, die Blase wird nach hinten, die Portio vaginalis nach vorn und oben hinauf gezogen, die Knickung gleicht sich immer mehr aus, bis endlich, wie wir in unsern Fällen sehen, die Spitze der Portio vaginalis grade nach oben schaut, — die vordere Muttermundslippe, welche jetzt gewissermassen zur hintern geworden ist, ist verflacht, das

*) Scanzoni: Lehrbuch der weiblichen Sexualorgane. III. Aufl. Wien 1863. pag. 82.

gezerrte vordere Vaginalgewölbe scheint sich unmittelbar an den untern Rand der vorderen Muttermundslippe anzusetzen.

Eine eigenthümliche, durch Narbencontraction hervorgerufene Stellung der Portio vaginalis bei mässigem Grade von Retroflexio uteri, beobachtete ich bei einer 42jährigen Frau, welche den Angaben ihres sie früher behandelnden Arztes nach seit 6 Jahren (seit ihrem letzten Wochenbett) an Retroflexio uteri litt; vor einem Jahre entstand an der hintern Muttermundslippe ein grosses (syphilitisches?) Ulcus. Mit dessen Vernarbung wurde die Portio vaginalis nach hinten verzogen. Ich fand bei der Untersuchung ein festes, strangartiges Narbengewebe am Uebergang des hintern Vaginalgewölbes in die Portio vaginalis; letztere war so stark nach hinten verzogen, dass die Oeffnung des Muttermunds an der hintern Vaginalwand anlag und der Cervix uteri mit dem Corpus eine scharfwinklige Knickung bildete.

Eine eigenthümliche, durch Narbencontraction bedingte, nur noch in höherem Grade veränderte Stellung der Portio vaginalis bei Retroflexio uteri beschreibt Simon *): Eine 43jährige Frau hatte in Folge einer sehr schweren, durch Zerstückelung des Kinds beendeten Geburt, eine Zerstörung der Blasen- und Mastdarmscheidewand erlitten. Neben einer Blasenscheiden- und Mastdarmscheiden-Fistel hatte sich eine Retroflexio und eine Senkung des Uterus bis fast zum Introitus vaginae gebildet. Der Muttermund stand nach hinten in dem defecten Mastdarm; wollte man durch die Vagina in die Gebärmutterhöhle eindringen, so musste man den Muttermund aus dem Mastdarmdefect nach vorn herausheben. Simon operirte hier in der Weise, dass er die Blasenscheidenfistel durch vollständige Vereinigung der Harnröhre mit dem vordern Theil des Mutterhalses, den Mastdarmdefect durch Vereinigung des Ueberrestes der Mastdarmscheidewand

*) Ueber die Operation der Blasenscheidenfisteln durch blutige Naht. Rostock 1862. pag. 26 u. f.

mit der vordern Muttermundslippe zum Verschluss brachte. Der Muttermund des retroflectirten Uterus lag also jetzt im Lumen des Mastdarms, das Menstruationsblut ergoss sich in den Mastdarm und durch den Anus nach aussen.

Die Diagnose der rückwärts gelagerten Gebärmutter gründet sich ausser den angegebenen subjectiven Symptomen, bestehend in der gestörten Function des Mastdarms und der Blase, in Störungen der Menstruation, in blennorrhoischen Zuständen und in jenem Heer von s. g. hysterischen Klagen, auf eine sorgfältige Untersuchung per vaginam et rectum. Auch hier ist es von Wichtigkeit, dass man nach Entleerung der Blase und des Rectum in horizontaler Rückenlage mit erhöhter Kreuzgegend und mässig gebogenen Oberschenkeln untersucht. Man findet die Portio vaginalis selten in ihrer normalen Lage, gewöhnlich nach vorn und oben verschoben, den Muttermund meist etwas geöffnet; vom hintern Vaginalgewölbe aus fühlt man bei den verschiedenen Graden der Retroflexio am obern Ende des Cervix die unter einem grösseren oder kleineren Winkel sich darstellende Knickung und nach hinten und unten von dieser den Körper und Grund des Uterus als eine gleichmässig-rundliche, häufig bei Berührung etwas schmerzhafte Geschwulst. Bei den verschiedenen Graden der Retroversio fehlt jene winklige Bucht, die Längsaxe des Uterus ist nicht geknickt, der Muttermund ist gerade nach der entgegengesetzten Seite gerichtet, als der fundus. Die Grösse der Beweglichkeit des rückwärts gesunkenen fundus uteri hängt ab von den entweder ganz fehlenden oder in höherem und geringerem Grade vorhandenen peritonitischen Verwachsungen, sowie von der Grösse des Uterus selbst im Verhältnis zum hintern Beckenraum. Ob der im Douglas'schen Raum liegende, der Form, Grösse und Consistenz nach dem Uterus entsprechende Tumor auch wirklich als solcher anzusehen ist, davon überzeugt man sich am besten dadurch, dass man mit Zeige- und Mittelfinger möglichst hoch ins Rectum eindringt und mit dem in

die Vagina eingeführten Daumen derselben Hand die Portio vaginalis zu erreichen sucht. Versucht man jetzt mit den im Rectum liegenden Fingern den rückwärts gelagerten fundus zu reponiren, so fühlt man die ganze Masse des Uterus sich in die Höhe bewegen und die Portio vaginalis ihre Stellung und Richtung verändern. Zugleich kann man sich bei schlaffen Bauchdecken mit der andern Hand, welche man möglichst den im Rectum liegenden Fingern entgegendrückt, überzeugen, dass der fundus seine normale Stellung nicht einnimmt. In einem Falle gelang es mir, den vom Rectum aus in die Höhe geschobenen fundus durch die sehr schlaffen und dünnwandigen Bauchdecken hindurch zu umfassen.

Die Anwendung der Uterussonde zur Feststellung der Diagnose, wird, wenn eine exacte Manualuntersuchung resultatlos blieb, wenig oder nichts nützen. Wenn ihr Gebrauch schon aus diesem Grunde möglichst einzuschränken ist, so fordert hierzu auch noch der Umstand auf, dass die Einführung derselben, selbst wenn das Vorhandensein einer graviditas mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann, nicht ohne Gefahr ist, wenigstens nicht in den Fällen, wo durch die Enge des Mutterhalskanals an der Knickungsstelle dem Vorschieben der Sonde ein Hindernis in den Weg gesetzt wird, oder wo die Umbiegung des Uterus eine so grosse ist, dass sie der Krümmung der Sonde nicht entspricht. Nur dann könnte sie von einigem Vortheil sein, wenn der fundus uteri nicht tief genug herabreichte, um von dem untersuchenden Finger erreicht zu werden. Jedenfalls aber ist bei ihrer Anwendung grosse Vorsicht zu beobachten.

Differentielle Diagnose: 1) Eine im hintern Beckenraum liegende Ovarialcyste zeigt Fluctuation; der nach vorn und häufig nach oben über die obere Beckenapertur veschobene Uterus lässt sich durch die äussere Bauchdecke hindurch fühlen; die winklige Knickung in der Gegend des innern Muttermundes fehlt. Schiebt man die Cyste von der Vagina oder vom Rectum aus in die Höhe, so bewegt sie sich iso-

lirt, der Uterus macht die Bewegungen nicht mit. 2) Die festen Eierstocksgeschwülste oder die submucösen Fibroide haben eine derbere Consistenz, häufig eine unebene, höckerige Oberfläche, auch sie lassen sich bei normalem Stand des fundus uteri isolirt bewegen; sind dieselben durch peritonitische Verwachsungen im Douglas'schen Raum befestigt, so kann die vorsichtige Anwendung der Uterussonde die etwa vorhandenen Zweifel beseitigen. 3) Die Unterscheidungsmerkmale der Blut- und Eitergeschwülste im hintern Beckenraum vom rückwärts gelagerten Uterus wurden bereits früher angegeben.

Die Prognose ist immerhin mislich. Eine vollständige Heilung einer Retroversio oder Retroflexio uteri, besonders einer seit längerer Zeit bestehenden (— und diese bekommt man ja fast nur in Behandlung —) durch medicamentöse oder mechanische Behandlung erzielt zu haben, wird sich kein Arzt rühmen können. Trüber noch wird die Prognose, wenn in Folge einer entzündlichen Anschwellung, oder einer möglicherweise eintretenden Schwangerschaft, eine Einklemmung des Uterus entsteht und damit die Gefahren der Harn- und Kothverhaltung, der brandigen Zerstörung des Uterusgewebs und seiner Umgebung, der Zerreissung des hintern Vaginalgewölbes etc. auftreten.

Therapie: Wenn sich auch die Aufgabe, welche sich eine grosse Anzahl von Chirurgen und Gynäkologen stellten, die Aufgabe, den aus seiner Lage gewichenen Uterus durch mechanische Mittel zu strecken und ihm so seine normale Stellung dauernd wieder zu geben, in neuster Zeit als eine illusorische herausgestellt hat, und in Folge dessen die von Kiwisch, Simpson, Valleix, Detschy und v. a. angegebenen s. g. Knickungsinstrumente in Miskredit gerathen sind, so ist man doch nicht berechtigt, über die mechanische Behandlungsweise, vorausgesetzt, dass man dieselbe nicht als Mittel zur Heilung, sondern als Mittel zur Lageverbesserung betrachtet, ein so vollkommenes Anathema auszu-

sprechen, wie dies in neuster Zeit von einigen Seiten geschieht. So sagt z. B. Scanzoni *): „Wir halten die Anwendung der mechanischen Hilfe für gefährlich, erfolglos und zudem noch in Folge mancher, einzelnen Fällen anklebender Nebenumstände für unausführbar und unzulässig.“ — Man wird gewiss nicht daran zweifeln, dass Scanzoni Gelegenheit hatte, sich von der Erfolglosigkeit und der Gefahr der mechanischen Behandlungsweise in manchen Fällen zu überzeugen, wenn er, wie er selbst gesteht, „in früherer Zeit bei jeder ihm vorkommenden Uterusknickung s. g. Knikkungsapparate in Anwendung zog.“ — Ist es denn zu verwundern, wenn die energische Application des Instruments von Kiwisch, des Pessaire intrautérin von Valleix und ihnen ähnliche, in denjenigen Fällen, wo der rückwärts gelagerte Uterus durch derbe peritonitische Verwachsungen fixirt wird, wo also eine Reposition desselben ganz aus dem Bereiche der Möglichkeit fällt, heftige Entzündung der Gebärmutter, Peritonitis, Uterinkoliken, profuse Blutungen aus der Gebärmutterschleimhaut, Ulcerationen der letzteren etc. hervorruft? — Man wird auch Scanzoni und der grossen Zahl seiner blinden Anhänger vollkommen beistimmen müssen, wenn er als Hauptzweck der einzuleitenden Behandlung „die Beseitigung der die Knickungen begleitenden Texturerkrankungen des Uterus und die Bekämpfung der im übrigen Organismus auftretenden Folgezustände“ bezeichnet. Aber man wird und kann nicht, wie er, den Glauben haben, dass durch die von ihm vorgeschlagene und aufs wärmste empfohlene medicamentiöse Behandlung (kalte Douche, kalte Sitzbäder, Injectionen von Infus. secal. cornut., Aetzungen des Cervikalcanals mit lap. infern., Ansetzen von Blutegeln an die Vaginalportion etc.) dieser Zweck vollkommen erreicht würde. Allerdings hat die Therapie die pathologisch-anato-

*) Lehrbuch der Krankheiten der weiblichen Sexualorgane. III. Aufl. Wien 1863. pag. 102.

mischen Veränderungen der geknickten Gebärmutter und die im Gesammtorganismus auftretenden Folgezustände zu berücksichtigen, aber es liegt doch auf der Hand, dass die Beseitigung derselben nur dann in höherem oder geringerem Grade gelingen wird, wenn man gegen ihre Ursache ankämpft. Die Ursache aber ist, wie auch Scanzoni zugiebt, die Lageabweichung des Uterus. Und selbst wenn wir annehmen, dass die Lockerung und Schwellung der Uterussubstanz und seiner Umgebung, die Veränderungen der Schleimhautsekretion primär, d. h. vor der sich entwickelnden Rückwärtslagerung vorhanden war, so muss man doch immerhin zugeben, dass gerade durch die nachträglich eingetretene Lagenabweichung diese Texturerkrankungen unterhalten und vermehrt werden. Um also letztere zu beseitigen, wird man zunächst eine möglichst normale Stellung des Uterus herzustellen und ihn durch mechanische Mittel in derselben zu erhalten bemüht sein müssen. Ihre Anwendung erfordert allerdings oft eine medicamentöse, die Hyperämie und Empfindlichkeit bekämpfende Vorcur, auch soll nicht bestritten werden, dass die örtliche Anwendung von Medicamenten neben der mechanischen Behandlung häufig von grossem Vortheil ist, allein letztere bleibt, meiner Ansicht nach, vorausgesetzt, dass nicht besondere Umstände, wie feste, ausgebreitete, peritonitische Verwachsungen, zu grosse Empfindlichkeit, eines betreffenden Falles sie geradezu contraindiciren, immer diejenige, von welcher wir vorzugsweise eine dauernde Besserung zu erwarten haben. Vor allen werden sich hierzu jene Fälle eignen, bei welchen die pathologische Veränderung der Uterussubstanz eine mässige ist, bei welchen die peritonitischen Verwachsungen fehlen, oder die vorhandenen so beschaffen sind, dass sie für die Reposition kein überwindliches Hindernis abgeben.

Von der grossen Zahl der, seit älterer bis zur neusten Zeit angegebenen Instrumente werden wir, von dem Gedanken ausgehend, eine Lageverbesserung, nicht eine dauernde

Wiederherstellung der normalen Lage zu erzielen, diejenigen wählen, welche dem Uterus von der Vagina aus eine Stütze bieten, und jene, welche den Zweck haben, in die Höhle des Uterus eingeführt zu werden und ihn so in seiner normalen Lage fixirt zu erhalten, aus dem Grunde verwerfen, weil ihre Application in den wenigsten Fällen eine rationelle genannt werden kann und weil man sich durch die Erfahrung vielfältig von ihrer Gefährlichkeit überzeugt hat. Ich sah in sehr vielen Fällen den günstigsten Erfolg durch die Behandlung der rückwärts gelagerten Gebärmutter mit ringförmigen Pessarien — entweder den hölzernen (Roser) oder den Kautschoukringen. — Die abnorme Lage des Uterus wurde verbessert, die Schmerzen, die Leucorrhoeen verschwanden, die Urin- und Kothentleerung wurde geregelt und die Patienten sprachen über diese Art der Behandlung ihre grösste Zufriedenheit aus.

Bei vorhandener Einklemmung, mag dieselbe durch entzündliche Anschwellung oder durch eine vorhandene Graviditas hervorgerufen sein, muss zunächst die Reposition des Uterus versucht werden. Dieselbe ist unter Chloroformnarkose in der Weise vorzunehmen, dass die ins Rectum oder in die Vagina eingeführten Finger den fundus allmählig in die Höhe schieben, während zu gleicher Zeit die nach vorn und oben gerirhtete Portio vaginalis mit einer Muzeux'schen Zange gefasst und vorsichtig nach unten herabgezogen wird. Dabei darf man nicht vergessen, dass die Emporrichtung des fundus durch die der rechten oder linken Synchondrose entsprechende Aushöhlung leichter gelingt, als in der durch das vorspringende Promontorium beengten Medianlinie des Beckens. — Bei den oben mitgetheilten seltnen Fällen von Einlagerung des rückwärts gekehrten Uterus in einen Prolapsus recti, wird man bemüht sein müssen, den in die Rectalhöhle zurück gebrachten Prolapsus in derselben zurück zu halten.

Hierzu kann man eine mit einer Pelotte versehene T binde

benutzen, oder einen Fischbeinstab, dessen eines mit einer weichen Pelotte versehenes Ende in den Anus eingeführt, dessen anderes, über die Rima ani gehendes an einem Beckengürtel befestigt ist. Auch eine, auf eine gebogene Feder gesetzte birnförmige Pelotte könnte man in den After einführen und so den Prolapsus zurückhalten. — Man wird so wenigstens die zu fürchtende Entzündung, Anschwellung und Einschnürung der prolabirten Theile am ersten zu verhüten im Stande sein. Sollte letzteres eingetreten sein, so müsste man den Repositionsversuchen eine ruhige Lage, die Anwendung von Cataplasmen vorausschicken und nöthigenfalls sich zu einer Erweiterung des Sphincter ani extern. entschliessen müssen.

---

5. Die vom subserösen Gewebe ausgehenden und in den Douglas'schen Raum hereinragenden Balggeschwülste, Cysten und Fibroide.

1) Balggeschwülste: Die vom subserösen Gewebe der hinteren Beckenwand ausgehenden, in den Douglas'schen Raum einen vorspringenden Tumor bildenden Balggeschwülste von atheromatösem oder dermoidähnlichem Inhalt sind als eine äusserst seltene Form von Geschwulstbildung im Douglasschen Raum zu betrachten. Ihre unbedeutende Grösse — sie überschreiten höchst selten die eines Hühnereies — sowie der Mangel von belästigenden Symptomen während ihrer Entwickelung, ihr meist unverändertes Bestehen und die ihnen eigene, nachgiebige, compressibele Beschaffenheit, geben wohl den Grund ab, weshalb sie gewöhnlich so symptomlos während des Lebens bestehen, dass die Patienten keine Ahnung davon haben, dass sie meist nur einen interessanten Befund am Sectionstisch abgeben.

In hiesiger anatomischen und chirurgischen Präparaten-Sammlung befinden sich zwei Exemplare, welche die in Rede stehende pathologische Bildung zeigen. Das eine der Prä-

parate zeigt eine etwa taubeneigrosse Balggeschwulst von atheromatösem, das andere eine reichlich hühnereigrosse von dermoidähnlichem Inhalt. Beide liegen links von der Medianlinie im lockeren Zellgewebe zwischen Peritonäum und Musculus levator ani, haben eine plattgedrückte Form und ragen nur wenig in die Peritonäalhöhle herein.

Tritt Entzündung des Balgs und seiner Umgebung ein, so kann unter den Symptomen eines periproctitischen Abscesses Perforation des Rectum erfolgen. So wurden einzelne Fälle beobachtet, bei welchen der aus dem After austretende Eiter mit atheromatösen Massen und Haaren vermischt war, woraus man den Schluss machen konnte, dass ein im hintern Beckenraum liegendes Atherom oder Dermoid die Eiterung verursacht habe.

2) Subseröse Cystengeschwülste: Zunächst verdienen hier die ebenfalls selten vorkommenden, meist mit gleichartigen Gebilden in der Leber combinirten Hydatidencysten Erwähnung, welche in dem Douglas'schen Raum gefunden werden, denselben mehr oder weniger ausfüllend. Sie entwickeln sich vom subserösen Gewebe der hintern Beckenwand aus; ihre Grösse variirt zwischen der einer Wallnuss, bis zu der eines Kindskopfs. Je nach der Acuität ihrer Entwickelung und je nach der Grösse, welche sie erreichen, sind die peritonitischen Symptome und diejenigen, welche sie durch Druck auf die Nachbarorgane hervorrufen, verschieden. Füllen sie die Douglas'sche Falte als sackartig in dieselbe hereinhängende, mit denselben durch peritonitische Verwachsungen verbundene oder freie Geschwülste aus, so drängen sie den Halstheil des Uterus nach vorn, resp. nach vorn und oben, das hintere Vaginalgewölbe wird sackartig in die Vagina vorgestülpt, das Rectum von vorn nach hinten zusammengepresst und es erklären sich hieraus die bestehenden Anomalien der Urinsecretion und der Kothentleerung, sowie die oft weit verbreiteten Nervenschmerzen.

Eine sorgfältig vorgenommene äussere und innere (per

vaginam et rectum) Untersuchung mit Berücksichtigung der anamnestischen Data wird aus der wahrnehmbaren Fluctuation der Geschwulst, aus der mehr oder weniger vorhandenen isolirten Beweglichkeit, aus der Schmerzlosigkeit derselben, über die cystenartige Natur der Geschwulst nicht im Zweifel bleiben und eine Verwechselung mit Retroflexio uteri oder mit anderen Massengeschwülsten des Douglas'schen Raums nicht zulassen. Ueber den Ausgangspunkt der Cyste jedoch, über die Beschaffenheit ihres Inhalts wird man kein sicheres Urtheil abzugeben im Stande sein, und die gewiss am leichtesten vorkommende Verwechselung mit einem Cystengebilde des Ovarium ist schon aus dem Grunde durchaus zu verzeihen, weil letztere ein viel häufigeres Vorkommen bilden. Bei der Gewissheit von dem gleichzeitigen Bestehen einer Hydaditencyste der Leber wird man berechtigt sein, die Cyste im Douglas'schen Raum für eine jener gleichartige zu halten. In einem mir bekannt gewordenen Falle einer Hydaditencyste im Douglas'schen Raum wurde die Diagnose erst dadurch klar, dass sich bei der durchs hintere, stark vorgetriebene Vaginalgewölbe vorgenommenen Punction der Cyste eine grosse Anzahl von Hacken ausstiess.

Interessant ist ein von Leudat*) mitgetheilter Fall einer ungewöhnlich grossen Hydaditencyste, welche bei der Section einer 72jährigen Frau im Douglas'schen Raum vorgefunden und fälschlicherweise während des Lebens für eine Retroflexio uteri gehalten wurde. Die vom subperitonäalen Bindegewebe des hintern rechten Beckenraums ausgehende Geschwulst füllte den Douglas'schen Raum so vollständig aus, dass durch den auf die Harnleiter stattfindenden Druck eine tödtliche Hydronephrose sich entwickelte. Zugleich entdeckte die Section neben dieser Hydaditencyste eine etwa taubeneigrosse am scharfen Rande des linken Leberlappens.

Einen eben so seltenen Befund bilden die an der Aus-

---

*) Gazette méd. de Paris. Nr. 27. 1856.

senfläche der Gebärmutter liegenden einfachen serösen Cysten. Sie entstehen aus dem subserösen Gewebe, scheinen häufiger an der Hinter-, als an der Vorder- und Seitenfläche des Uterus vorzukommen, schieben den Peritonäalüberzug vor sich her und füllen je nach ihrer Grösse, welche die eines Mannskopfs erreichen kann, den Douglas'schen Raum mehr oder weniger aus. Erst wenn sie eine bedeutende Grösse erlangt oder wenn sich mit ihnen entzündliche Affektionen des Peritonäalüberzugs verbinden, pflegen sie krankhafte Erscheinungen hervorzurufen. Haben sie ihren Sitz am fundus uteri und hängen sie von hieraus in den Douglas'schen Raum herab, so kann durch den fortwährend stattfindenden Zug eine Rückwärtsbeugung des Uterus mit nachfolgenden hyperämischen Erscheinungen und Hypertrophie desselben bedingt werden. — Je nachdem sie sich mehr nach der Bauchhöhle zu oder in den Douglas'schen Raum entwickeln, wird man sich durch die äusseren Bauchdecken oder durch das vorgetriebene hintere Vaginalgewölbe bei gleichzeitiger Lageveränderung des Uterus nach vorn oder zur Seite, als fluctuirende Geschwülste wahrnehmen. In manchen Fällen mag es auch gelingen, durch die äussere oder innere Untersuchung die an der hintern Uterinwand liegende Basis der Geschwulst zu entdecken, meistens jedoch wird man, ebenso wie bei den vorher besprochenen Cysten, den über den Ausgangspunkt derselben herrschenden diagnostischen Zweifel nicht vollkommen zu beseitigen im Stande sein.

Füllen diese Cysten den Douglas'schen Raum aus, treiben sie das hintere Vaginalgewölbe stark vor sich her, nehmen die durch Compression der Beckenorgane bedingten Erscheinungen einen intensiveren Charakter an, so kann man genöthigt sein, ihre Entleerung durch eine Punction vom hinteren Vaginalgewölbe aus zu bewirken; bei ihrer vorzugsweise auf Kosten der Bauchhöhle sich entwickelnden Vergrösserung kann eine Punction durch die Bauchwandungen indicirt sein.

Emmert*) theilt die bei Gelegenheit eines Kaiserschnitts gemachte Beobachtung einer kindskopfgrossen, subperitonäal am untern Theil der rechten Seitenfläche der Gebärmutter gelegenen und in den Douglas'schen Raum hereinragenden Cyste mit, welche den Uterus nach links verschob und denselben fast ganz verdeckend zuerst in der geöffneten Bauchwand erschien.

Diagnostisch kaum zu unterscheiden von diesen Geschwülsten und ihren Symptomen nach ihnen auch durchaus ähnlich sind die im subperitonäalen Gewebe der breiten Mutterbänder und in den Nebenovarien entstehenden einfachen Cystengeschwülste.

3) Die aus der subserösen Schicht der hinteren Uteruswand oder aus der oberflächlichen Schicht letzterer selbst sich entwickelnden Fasergeschwülste (die subperitonäalen Fibroide), deren Grösse zwischen der eines kaum wahrnehmbaren Knötchens bis zu der eines Mannskopfs und darüber wechselt, bilden, je nachdem sie mehr oder weniger tief in die Gebärmuttersubstanz selbst eingebettet sind, eine grössere oder kleinere kugelige Geschwulst im Douglas'schen Raum. Auch von ihrem primären Sitz am fundus, corpus oder cervix uteri oder an der seitlichen Uterusgegend hängt es ab, ob ihre Vergrösserung mehr auf Kosten der Bauchhöhle oder des Douglas'schen Raums stattfindet. Sie können mit einer breiten Basis oder nur mit einem peritonäalen Stiel auf dem Uterus aufsitzen. Meist verschmälert sich mit ihrem zunehmenden Wachsthum die Basis der Geschwulst, zumal wenn letztere von dem unmittelbar unter der Serosa liegenden Gewebe ausgeht, und in seltenen Fällen kommt es in Folge des forwährenden Zugs zu einer vollkommenen Abschnürung des Tumors**). Er liegt dann

*) Beiträge zur Pathol. und Therap. mit besonderer Berücksichtigung der Chirurg. Heft II. Bern 1846.

**) cf. Rokitansky: Lehrbuch der path. Anat., III. Bd., III Aufl. Pag. 480.

entweder lose, oder mit dem Uterus, den Beckenwänden und Rectum durch peritonitische Verwachsungen verbunden, in dem Douglas'schen Raum. Nicht selten geben diese Geschwülste durch ihr rasches Wachsthum und die beträchtliche Zerrung des Peritonäalüberzugs zu Peritonitis und pseudomembranösen Adhäsionen Veranlassung. Der Uterus, welcher durch sie viel weniger in seinen Functionen und Grössenverhältnissen Veränderungen erleidet, als bei den interstitiellen und submucösen Fibroiden, kann durch dieselben erhoben werden, wenn sie sich hauptsächlich nach der Bauchhöhle hin entwickeln; oder er nimmt in Folge der an seinem Fundus stattfindenden Zerrung bei Herabsenkung des Fibroides in den Douglas'schen Raum eine retroflectirte oder retrovertirte Stellung an; oder endlich, er wird nach vorn und oben oder etwas seitlich verschoben, wenn das Fibroid die Tiefe der Douglas'schen Falte ausfüllt, das hintere Vaginalgewölbe nach abwärts drängt, das Rectum von vorn nach hinten comprimirt. Vergrössert sich das im Douglas'schen Raum liegende Fibroid immer mehr und findet es endlich in der Beckenhöhle keinen Raum mehr, so treten die Erscheinungen der Incarceration mit denselben Folgen auf, wie sie bei Einklemmung der rückwärts gelagerten, vergrösserten Gebärmutter beschrieben wurden*). Es kann aber auch das sich vergrössernde Fibroid durch allmählige Erhebung über den Beckeneingang in die Bauchhöhle die vorher retroflectirte oder nach vorn und abwärts gedrängte Gebärmutter secundär eleviren.

Je nach diesen verschiedenen Lage- und Grössenverhältnissen des Fibroids werden die Symptome verschieden sein müssen. — Wesentlich werden sich dieselben auf die durch

---

*) Rokitansky berichtet einen Fall, bei welchem ein von der hinteren Uteruswand ausgehendes Fibroid einen Brandschorf im Rectum bildete und durch peritonitische Adhäsionen in der Umgebung in die Lücke eingelöthet war. Handbuch der pathol. Anat. III. Aufl. III. Bd. pag. 484.

Peritonitis oder durch Druck auf die Beckenorgane, hauptsächlich auf die Blase, den Mastdarm und die im Becken verlaufenden Gefässe und Nerven bedingten Störungen und Veränderungen zurückführen lassen.

Erwähnenswerth sind die Veränderungen, welche diese Fibroide während des Lebens eingehen können: a) Es kann sich im Innern des Fibroids ein Hohlraum mit hydropischem oder blutigem Inhalte bilden (Cystosarsom). b) Es entsteht entweder im Innern ein Eiterheerd, welcher sich bis zu den peripheren Schichten erstreckt oder das Fibroid collabirt, wird brandig und jauchig. Rokitansky erwähnt eines Falles, „wo der aus einem gestielten, hühnereigrossen fibrösen Tumor hervorgegangene Eitersack nach vorläufiger Anlöthung an das Rectum mit 3 Oeffnungen in das Rectum perforirte.“ c) Das Fibroid vascularisirt während der Schwangerschaft beträchtlich, erweicht, nimmt eine matschige Beschaffenheit an und geht eine allmählig fortschreitende Fettmetamorphose ein. Scanzoni*) gibt an, die Resorption eines beinahe mannskopfgrossen Fibroids während des Puerperium beobachtet zu haben! d) Es wird aus dem Fibroid ein osteoides Gebilde, indem entweder nur die peripherischen Schichten, oder neben diesen zugleich auch das Innere des Tumors theilweise verknöchert.

Diagnose: Je von der Grösse und dem Sitz der subserösen Fibroide wird es abhängen, ob dieselben durch die äusseren Bauchdecken, vorausgesetzt, dass dieselben nicht zu sehr gespannt oder zu dick sind, vermittelst der tastenden Hand wahrzunehmen sind oder nicht. Es leuchtet ein, dass die Grösse, die ebene oder höckerige Beschaffenheit der Oberfläche, die Consistenz, vielleicht auch die stielförmige Anheftung durch die äussere Untersuchung leichter zu bestimmen ist, bei einem am obern, als am untern Umfang

*) Lehrbuch der Krankheiten der weiblichen Sexualorgane. III. Aufl. pag. 223.

der Gebärmutter sitzenden subserösen Fibroid. Die innere Untersuchung wird meistens die Portio vaginalis nicht vergrössert finden, jedoch kommt auch bei den subperitonäalen Fibroiden eine mässige Hypertrophie des ganzen Uterus vor. Der Stand des Uterus selbst und der Portio vaginalis kann, wie bereits oben angegeben, je nach der Grösse und Lage des Fibroids verschieden sein. Das am untern Umfang des Uterus sitzende Fibroid wird man schon bei der Grösse eines Hühnereies durchs hintere Vaginalgewölbe oder durchs Rectum als harten, scharf begrenzten Tumor fühlen, welcher entweder durch peritonitische Adhäsionen im Douglas'schen Raum fixirt, oder vollkommen mobil ist. Oft gelingt es, die stielförmige Verbindung mit dem Uterus genau zu erkennen. Schiebt man das mobile Fibroid in die Höhe, so wird der Uterus nicht mitbewegt, ist es aber verwachsen, so wird die Einführung der Uterussonde vor der Täuschung schützen, dass man die rückwärts gelagerte Gebärmutter vor sich habe. Bei bedeutender Grösse, bei hohem, nicht erreichbarem Zusammenhang des Fibroids oder bei seiner Insertion am seitlichen Umfang des Uterus wird es oft dem grössten Scharfsinn nicht gelingen, darüber mit Bestimmtheit zu entscheiden, ob man es mit einem harten Ovarialtumor, oder mit einem subserösen Fibroid zu thun habe. Ebenso kann leicht die Verwechselung der weichen, serös durchtränkten oder Hohlräume mit serösem, blutigem oder eiterigem Inhalt in sich schliessende Fibroide mit Ovarialcystengeschwülsten unterlaufen. Auf die differentielle Diagnose der Blut- und Eitergeschwülste im Douglas'schen Raum wurde bereits früher hingewiesen.

Endlich mögen hier noch die im subserösen Gewebe der hintern Uterinwand beobachteten Krebsablagerungen Erwähnung finden. Auch sie können harte, eine höckerige Oberfläche darbietende Tumoren darstellen, welche den Douglas'schen Raum mehr oder weniger ausfüllen und bei der Untersuchung einen den subserösen Fibroiden sehr ähnlichen Befund liefern. Allein sie kommen fast nur

mit gleichzeitigen krebsigen Affektionen anderer Organe (des Uterus, der Leber, der Intestina, des Peritonäum) vor, zeigen ein rascheres Wachsthum und sind wohl immer mit dem den Krebskranken eigenthümlichen tiefen Ergriffensein des Gesammtorganismus verbunden.

Therapie: Der Umstand, dass die subperitonäalen Fibroide der hinteren Uteruswand schmerzlos entstehen, dass sie meist langsam wachsen, dass sie gewönhnlich eine nicht beträchtliche, die Nachbarorgane nicht sehr beeinträchtigende Grösse erreichen und oft, wenn sie eine besimmte Grösse erreicht haben, stationär bleiben (besonders nach dem Erlöschen der katamenialen Vorgänge), ist wohl der Grund, warum sie gewöhnlich erst nach längerem Bestehen zur Behandlung kommen oder nur bei Sectionen zufällig aufgefunden werden. Eine Beengung des Beckenraums, eine gefahrdrohende Compression der Beckenorgane wird viel seltener durch ein rasches Wachsthum der Fibroide selbst, als vielmehr durch eine gleichzeitige Volumszunahme des Uterus, bedingt durch eingetretene Schwangerschaft hervorgerufen. Vorzugsweise sind es die am unteren Theil der hinteren Uteruswand gelegenen Fibroide, welche zu Incarcerations-Erscheinungen Anlass geben, während die am Fundus uteri, also der Bauchhöhle näher gelegenen mit der Vergrösserung und Erhebung des schwangeren Uterus zugleich über den Beckeneingang in die Höhe gehoben werden. Sollten die Symptome einer Einklemmung auftreten, so müsste man immer die Elevation des Fibroids aus der Beckenhöhle von der Vagina oder vom Rectum aus versuchen. Gelingt ein solcher Versuch nicht, dann kommt die für den Gebnrtshelfer wichtige, hier nicht näher zu erörternde Frage einer vorzeitigen Entleerung des Uterus in Betracht, vorausgesetzt, dass nicht spontan Abortus eintritt.

Zu einer Exstirpation dieser Geschwülste von den Bauchdecken aus wird man sich wegen ihrer intraperitonäalen Lage, wegen der diagnostischen Schwierigkeiten bezüglich der wah-

ren Natur der Geschwülste, sowie wegen der Unsicherheit, ob und wie weitverbreitete peritonitische Verwachsungen mit den angrenzenden Theilen vorhanden sind, nur in dem äussersten Fall entschliessen. Mit Rücksicht darauf, dass solche Operationen einen günstigen Ausgang nahmen *), und dass man gerade in neuerer Zeit über manche wichtige Punkte, welche sich beziehen auf die Bedingungen, unter welchen derartige Operationen vorzunehmen sind und auf das Operationsverfahren selbst, mehr Klarheit und Einsicht erlangt hat, ist man nicht berechtigt, die Exstirpation dieser Geschwülste unter jeder Bedingung als einen tollkühnen Operationsversuch zu verwerfen. Das Nähere hierüber wird bei der Exstirpation der Ovarialtumoren besprochen werden.

6. Die von den Ovarien ausgehenden und in den Douglas'schen Raum hereinragenden Tumoren.

Häufiger als die eben behandelten, vom subserösen Gewebe aus sich entwickelnden Tumoren trifft man die von den Ovarien ausgehenden im Douglas'schen Raum. Es darf uns dies nicht wundern, wenn wir berücksichtigen, dass dieselben eine verhältnisweise häufige Erkrankungsform der weiblichen Beckenorgane bilden und dass ein Herabsenken der Ovarialgeschwülste in den Douglas'schen Raum durch den anatomischen Sitz der Ovarien, insofern sie der hinteren Wand der breiten Mutterbänder näher liegen, als der vorderen, begünstigt wird. Sie werden auch häufiger Gegenstand ärztlicher Behandlung und klinischer Untersuchung, weil sie meist nicht symptomlos verlaufen, gewöhnlich eine beträchtliche Grösse erreichen, und oft solche Veränderungen im Gesammtorganismus hervorrufen, dass dadurch das Leben der Patienten nicht nur bedroht, sondern dass durch sie wirklich eine Todesursache gegeben wird.

*) cf. New-York Journal 1856 und Boston med. aud surgic. Journ. Mai 1855.

Vom pathologisch-anatomischen Standpunkt aus hat man bekanntlich die Cystengeschwülste von den Massengeschwülsten der Ovarien zu unterscheiden.

A. Cystengeschwülste der Ovarien.

Hierher gehören:

1) Die einfachen Follicularcysten (Hydrops ovarii), selten die Grösse eines Mannskopfs überschreitend, mit serösem, blutig-serösem, zähflüssigem, oft farblosem, oft gelblich, grünlich, bräunlich gefärbtem Inhalte, welcher mit den Producten verschiedener Exsudationen, besonders der Blutextravasate und mit Cholestearincrystallen vermischt sein kann. Diese einfächerige Cystenbildung ist ungleich seltener, als die cystoide Entartung der Ovarien. Bei den in England in den letzten Jahren häufig vorgenommenen Ovariotomien stellt sich ein Verhältnis heraus, wonach etwa auf 10 — 11 Cystoide eine einfache Cyste kommt.

2) Die zusammengesetzten Cysten oder Cystoide; sie sind häufiger, als die vorigen, haben gewöhnlich eine höckerige, ungleiche Oberfläche und eine bedeutende, oft enorme Grösse. ihr Inhalt ist ein sehr mannigfaltiger, oft für die einzelnen Cystenräume in einem Cystoid verschiedener. Man findet einen serösen, serös-blutigen, colloiden, fettigen, atheromatösen, dermoidähnlichen (Dermoid-Cyste) Inhalt. Es können Knorpel-, Knochenfragmente, Zahnkeime neben entwickelten Zähnen, ja die Elemente der Nervensubstanz darin vorkommen.

Ein zusammengesetztes Cystoid, in welchem alle oben angeführten Contenta gleichzeitig vorgefunden wurden, beschreibt Gray *) in einem ausführlichen Bericht.

3) Die Cystosarcome, welche sich von den Cystoiden wesentlich dadurch unterscheiden, dass die zwischen den ein-

*) Verhandlungen der medic. und chirurg. Society. Heft XXXVI. 1853 June.

zelnen Cysten liegenden Scheidewände aus einer dickeren Bindegewebsmasse bestehen oder dass letztere allein einen Theil der Geschwulst ausmachen. Ihr Inhalt kann ein ebenso verschiedener sein, wie bei den Cystoiden; ihre Oberfläche ist uneben, unregelmässig, höckerig; ihre Grösse kann eine sehr bedeutende sein, doch ist sie selten so kolossal, wie die der Cystoide.

4) Die Cystocarcinome, d. h. Cystengebilde, bei denen in den Cystenräumen, ausgehend von der Innenfläche der Cystenwandungen, eine Ablagerung und Wucherung von Medullar- oder auch von Gallertkrebs stattfindet. Sie haben eine höckerige, knollige Oberfläche und zeigen vorzugsweise ein rasches Wachsthum.

Genauere Kenntnis über den Bau und die Entwickelungsgeschichte dieser Geschwülste haben wir den Arbeiten Rokitansky's, Virchow's *) und Förster's **) zu verdanken. Ich darf wohl um so mehr auf diese Specialarbeiten verweisen, weil spätere Forschungen über diese Punkte unsere Kenntnis wesentlich nicht vermehrt, oder uns neue Gesichtspunkte eröffnet haben. Dass man über einzelne Punkte in der Pathogenese der Cystengeschwülste der Ovarien noch nicht zu einer bestimmten, festgültigen Ansicht gelangt, dass noch manches hypothetisch ist, liegt wohl wesentlich darin, dass sich uns selten die Gelegenheit bietet, diese Geschwülste in ihrem ersten Entwickelungsstadium zur Untersuchung zu bekommen. Ungleich mangelhafter sind unsere Kenntnisse über die Aetiologie der Eierstockscysten. Wollen wir nicht unhaltbaren Hypothesen uns hingeben, so müssen wir geradezu gestehen, dass wir, ausser dem einen auf statistischem Wege gefundenen Resultate, wonach die Eierstockscysten mit seltenen Ausnahmen nur in der geschlechtsfähigen Periode des Weibes entstehen, von ihrem aetiologischen Zu-

---

*) Verhandl. der Gesellsch. für Geburtshilfe in Berlin. III. Heft. 1848.
**) Förster: Handbuch der patholog. Anatomie.

sammenhang so gut als nichts wissen. Auch für die gewonnene Beobachtung, dass die Cystenbildung häufiger rechtsseitig, als linksseitig sich entwickeln soll, lässt sich kein stichhaltiger Grund auffinden.

Die Symptome, mit welchen die Ovarialcysten sich verbinden, sind äusserst verschieden. Sie hängen ab von der Acuität ihrer Entwickelung, von ihrer Grösse, von ihrem gegenseitigen Verhalten zu den übrigen Becken- und Bauchorganen, von den mannigfachen Veränderungen, welche sie während ihres Bestehens einzugehen fähig sind.

Zuweilen geht die Cystenbildung in so allmähliger Weise und so unvermerkt vor sich, dass die Patienten erst durch die starke Ausdehnung des Unterleibs auf den Gedanken kommen, es müsse eine Geschwulst vorhanden sein; vorzugsweise scheint den einfachen Follicularcysten diese symptomlose Entwickelungsweise zuzukommen. In andern Fällen geht ihre Entwickelung mit den Symptomen einer chronischen Eierstocksentzündung einher, denen sich verschiedene, oft auf den Gesammtorganismus übergehende consensuelle Beschwerden hinzugesellen. In noch anderen Fällen entwickeln sich die Cysten sehr rapid unter den Symptomen einer heftigen örtlichen Entzündung und stärkeren Allgemeinzufällen. Eine mässig grosse Cyste kann längere Zeit im Douglas'schen Raum liegen, ohne störende Einflüsse hervorzurufen; auch ihre allmählig fortschreitende Vergrösserung, wobei sie sich mehr nach der Bauchhöhle hin entwickelt und eine beträchtliche Ausdehnung derselben bedingt, bringt häufig nur sehr unbedeutende örtliche und Allgemeinsymptome hervor. Waren dagegen mit ihrer Entwickelung entzündliche Vorgänge verbunden, ist sie durch peritonitische Adhäsionen an die verschiedenen Becken- und Bauchorgane befestigt, wird dadurch ihr Emporsteigen in die Bauchhöhle bei weiterer Volumszunahme gehindert, so kann schon eine verhältnismässig kleine, im Douglas'schen Raum liegende Cyste die Erscheinungen von Druck, von Zerrung und Dislocation der im Becken

gelegenen Organe in viel höherem Grade hervorrufen, als grössere in die Bauchhöhle herein sich erstreckende. Der Uterus wird zur Seite oder nach vorn verdrängt, er kann in Folge peritonitischer Verwachsungen mit der Cyste retroflectirt werden, die Blase, das Rectum werden comprimirt, — es ist daher die Urin- und Kothentleerung gestört, — das hintere Vaginalgewölbe wird nach abwärts gedrängt, der auf die Beckennerven und Beckengefässe stattfindende Druck bringt die heftigsten Kreuz- und Schenkelschmerzen, sowie ödematöse Anschwellung der untern Extremitäten hervor. Steigt die Cyste bei ihrer weiteren Vergrösserung in die Bauchhöhle herauf, so können diese durch Druck auf die Beckenorgane hervorgerufenen Symptome schwinden, der Uterus, die Blase kann mit in die Höhe gezogen, die Vagina so verlängert werden, dass der Muttermund von derselben aus nicht mehr zu erreichen ist. Die beträchtliche Ausdehnung des Unterleibs ruft eine Reihe neuer Symptome hervor, welche, abgesehen von der Zerrung des Uterus und der Blase und von den Beschwerden, welche die enorme Grösse des Unterleibs bei Bewegungen mit sich führen, in Compression auf den Magen und Darmkanal, auf die Bauchgefässe, auf die Harnleiter, auf das Zwerchfell etc. bestehen und Verdauungsstörungen, allgemeine Hydrämie, Hydropsieen, Beeinträchtigung der Respirations- und Kreislaufsorgane etc. bedingen. Die von oben auf die Beckenorgane drückende Geschwulst kann zu Senkungen und Vorfall des Uterus und der Vagina Veranlassung geben. Nicht selten entsteht bei der enormen Ausdehnung des Bauchs eine Verdünnung und Erweiterung des Nabelrings, eine Diastase der Recti; die Gefässe der Bauchwand treten vicariirend für die comprimirten Gefässe der Bauchhöhle ein, sie dehnen sich beträchtlich aus; es entstehen den Striae gravidarum ähnliche breite Trennungen in den Cutisschichten, welche häufig nicht, wie gewöhlich in oder unter dem Niveau der Haut liegen, sondern in Folge der Compression der Vena epigastrica, hydro-

pisch anschwellen und über die Haut emporragen, wodurch eigenthümliche, netzartig angeordnete, wulstig vorspringende Erhabenheiten auf der Bauchhaut, besonders in der Regio hypogastrica entstehen. — Daneben kann ein Theil der Geschwulst in der Beckenhöhle fixirt sein und sich hier fortwährend vergrössern, sodass die durch Druck auf die Becken- und Bauchorgane hervorgerufenen Erscheinungen gleichzeitig in höchstem Grade bestehen.

Die Menstruation kann bei diesen Geschwülsten fortbestehen, wenn nur ein Eierstock, oder sogar wenn ein Theil eines Eierstocks seine normale Textur behält. Der Uterus kann an Masse zunehmen; die Mammae intumesciren in einzelnen Fällen, ähnlich wie bei einer vorhandenen Gravidität.

Zu den verschiedenen Veränderungen, denen die Cysten während ihres Bestehens unterworfen sind und die sich als einflussreich auf die Symptome und den Ausgang der Krankheit ergeben, meist sogar die Ursache eines rasch eintretenden Todes sind, gehören:

1) Entzündungen, welche nicht allein den Peritonäalüberzug, sondern auch die innern Cystenwandungen betreffen, oft spontan, oft nach äusseren Einwirkungen auftreten. Es können dadurch Verwachsungen mit den verschiedenen Bauch- und Beckenorganen, mit den Bauchwandungen zu Stande kommen; die Entzündungen der Innenwände rufen eine rasche Vermehrung des Cysteninhalts, hämorrhagische Exsudationen oder Eiterbildung im Cystenraum hervor. In Folge der abnorm grossen Anfüllung der Cyste kann es 2) zur Ruptur der Cyste kommen. Der Inhalt kann sich in die Bauchhöhle ergiessen, oder es erfolgt nach vorhergegangenen peritonitischen Verwachsungen Perforation in den Darm (in das Colon, Sromanum, Rectum) in die Blase, in die Scheide, in die Tuben, oder Durchbruch der äusseren Bauchwandungen *). In seltenen Fällen ist selbst

*) Derartige Fälle finden sich erwähnt von Marchand: L'union méd. Nr. 131; von Lumpe: Zeitschr. der Gesellsch. der Aerzte zu Wien.

bei diesem Verlauf Heilung beobachtet worden, meist jedoch gehen die Patienten an der heftigen Peritonitis, oder an einem in Folge des bedeutenden Säfteverlustes eintretenden Collapsus, oder an Pyämie zu Grunde.

3) Die von der Innenwand ausgehenden dendritischen Vegetationen (Zottenkrebs) wuchern in so enormem Grade, dass ein Durchbruch derselben ins Peritonäalcavum erfolgt (Rokitansky). Entweder tritt dann primär eine rasch tödtlilche Peritonitis ein, oder die Wucherung dauert auch noch im Peritonäalcavum fort, — der Tod erfolgt erst secundär. 4) Man hat eine wechselnde Vergrösserung und Verkleinerung der Cyste beobachtet. Letztere trat meist nach der Menstruation ein. Die Entleerung des Cysteninhalts erfolgte in 2 von Blasius beobachteten Fällen durch die Tuben. Blasius gab diesen Eierstockscysten den Namen Hydrops ovarii profluens. — 5) Endlich mag hier noch die Achsendrehung der Cyste mit Strangulation der Gefässe im Lagamentum ovarii erwähnt werden, welche von Rokitansky, Virchow, Bennet, Lee u. a. beobachtet wurde. Als Folge hiervon sah man Entzündung, Blutung, Necrose eintreten und Rokitansky*) erwähnt eines Falles, bei welchem durch diese Achsendrehung eine tödtliche innere Darmeinklemmung entstand.

Diagnose: Zur Feststellung der Diagnose ist eine genaue, mehrmalige Untersuchung durch die äusseren Bauchdecken, durch die Vagina und das Rectum, sowie in manchen Fällen eine Untersuchung mittelst der Uterinsonde nothwendig. Oft ist es von Vortheil, sowohl in horizontaler Rückenlage, als in aufrechter Stellung zu untersuchen. Dabei muss man sich stets vergegenwärtigen, welchen Einfluss die Eierstocksgeschwülste auf die Lage ihrer Nachbarorgane ausüben und wie verschieden ihre eigne Lage und Grösse sein

---

Nr. 22. 1858; von St. Lee: On tumours of the uterus and its appendages. London 1847.

*) Handbuch der pathol. Anatom. III. Aufl. III. Bd. pag. 429.

kann. Man muss auf die Consistenz, die Beweglichkeit, die Beschaffenheit der Oberfläche auf die anamnestischen Momente, auf den Allgemeinzustand der Patientin achten; auch die diagnostischen Merkmale der nicht von den Ovarien ausgehenden Tumoren des Douglas'schen Raums muss man kennen und gegenwärtig haben, da man in manchen Fällen nur auf dem Wege der Exclusion zu einer richtigen Ansicht zu gelangen im Stande ist.

Wie verschieden im Allgemeinen der Befund der äusseren und inneren Untersuchung je nach der Grösse, der Lage, den peritonitischen Verwachsungen der Cystengeschwulst ist, geht aus dem oben Gesagten hervor, — es soll deshalb hier nur auf einzelne wichtige diagnostische Punkte besonders Rücksicht genommen werden. Auf die cystenartige Natur der Ovariengeschwulst kann man schon aus der bedeutenden Grösse schliessen, da die soliden Geschwülste der Eierstöcke niemals solche Dimensionen erreichen; — absolute Sicherheit darüber gibt uns die vorhandene Fluctuation, welche am deutlichsten bei den einfachen Cysten, bei dünnflüssigem Inhalt und geringer Spannung der Cysten hervortritt. Füllt eine einfache Cyste die Bauch- und Beckenhöhle zugleich aus, so kann man den durch Percussion von den Bauchdecken aus hervorgebrachten Wellenschlag mit dem am Vaginalgewölbe liegenden Finger empfinden. Nächstdem spricht die gleichmässige, kugelige Oberfläche für eine einfache Cystengeschwulst, während die zusammengesetzten Cysten eine höckerige, ungleiche Oberfläche zeigen. Bei den Cystoiden, Cysto-Sarcomen und Carcinomen kann die Fluctuation fehlen, wenn der Inhalt der Cyste aus colloider, gallertkrebsiger Masse besteht und die Anfüllung eine sehr pralle ist. Immer aber fühlt sich der aus einer Cyste bestehende Theil des Tumor elastischer an. Die Cystosarcome und Cystocarcinome erreichen selten die Grösse der Cystoide, ihre Oberfläche zeigt knollige, harte Vorsprünge, die Kranken collabiren gewöhnlich rasch, bieten ein auffallend kachekti-

sches Aussehen dar, und häufig werden zugleich an anderen Organen Krebsablagerungen beobachtet. Aus dem leichteren oder schwereren Gelingen, mit welchem man das Hin- und Herschieben der Geschwulst in der Bauchhöhle oder im Beckenraum zu Stande bringt, verschafft man sich eine einigermassen richtige Vorstellung von fehlenden oder vorhandenen peritonitischen Verwachsungen der Cyste mit Nachbarorganen, das Auftreten von entzündlichen Vorgängen während der Entwickelung der Geschwulst, das deutliche Wahrnehmen eines Reibungsgeräusches mit der auf die Bauchdecken gelegten Hand oder durch Auscultation, spricht für Adhäsionen. Ebenso lässt die starke Elevation des Uterus bei Vergrösserung der vorher im Becken gelegenen Geschwulst in die Bauchhöhle auf Verwachsung mit dem Uterus schliessen. Ueber die Natur des Cysteninhalts bleibt man gewöhnlich im Unklaren. Auch die Beantwortung der Frage, ob das rechte oder linke, oder ob beide Ovarien erkrankt sind, ist uns in manchen Fällen unmöglich. Der Schluss, dass dasjenige Ovarium den Ausgangspunkt bilde, welches der Seite entspricht, in welcher die Geschwulst vorzugsweise liegt, ist oft trügerisch, da sich eine vom rechten Ovarium ausgehende Geschwulst vorzugsweise nach links vergrössern kann und umgekehrt. Da die Eierstockstumoren bei ihrem fortschreitenden Wachsthum in die Bauchhöhle die Intestina nach oben und hinten schieben, und unmittelbar an die Innenwand der Bauchdecken sich anlegen, so lässt sich ihre Grösse durch den leeren Percussionston bestimmen. Bei gleichzeitig vorhandenem Ascites lässt diese Methode im Stich; jedoch gelingt es bei nicht allzu hohem Grad von gleichzeitig bestehender Bauchwassersucht durch Lageveränderung der Kranken eine Verschiebung der Bauchflüssigkeit zu veranlassen, so dass jetzt da der tympanische Darmton auftritt, wo vorher leerer Wasserton war. Nicht unerwähnt darf hier bleiben, dass selbst an dem von den Ovarialtumoren eingenommenen Raum ein tympanitischer Ton entstehen kann, und

zwar kann dies Phänomen auf mehrfache Weise zu Stande kommen: 1) Ist eine Communication der Cyste mit dem Darm vorhanden, so kann von diesem aus Darmgas in den Cystenraum treten; 2) es kann bei jauchigem Inhalt der Cyste Luftbildung im Cystenraum entstehen; 3) es kann eine an die vordere Bauchwand adhärirte Darmschlinge sich so zwischen den Ovarialtumor und die Bauchwand lagern, dass ein bestimmter Theil der Geschwulst einen tympanitischen Percussionston gibt.

Differentielle Diagnostik: Auf die Unterscheidung kleinerer im hintern Beckenraum liegender Ovarialtumoren von den hier vorkommenden Blut- und Eitergeschwülsten, vom rückwärtsgelagerten Uterus, von Tumoren, welche durch Darmschlingen und deren Inhalt bedingt wurden, ist bereits bei Besprechung dieser aufmerksam gemacht worden. Auch wurde schon hervorgehoben, wie schwierig es in manchen Fällen ist, sich vor einer Verwechselung der im subperitonäalen Zellgewebe der hinteren Beckenwand ausgehenden Tumoren von Ovarialgeschwülsten zu sichern. Bei den grösseren, die Bauchhöhle mehr oder weniger ausfüllenden Ovarialtumoren hat die Differential-Diagnostik Rücksicht zu nehmen auf Ascites, auf die von den Beckenknochen ausgehenden Carcinome und Exostosen, auf die Uterin- und Extrauterinschwangerschaft. 1) Bei Ascites sind mehr die Lumbargegenden ausgedehnt, der Leib zeigt eine gleichmässige Rundung, das Niveau der Flüssigkeit verändert sich je nach dem man den Kranken in verschiedenen Lagen untersucht, die Fluctuation ist deutlicher und erstreckt sich gleichmässig über den ganzen Bauch, der Uterus zeigt keine oder höchstens eine gerade nach abwärts gerichtete Lageveränderung. 2) Bei Krebsen und Exostosen der Beckenknochen lässt wohl immer die exacte Untersuchung den Zusammenhang derselben mit den Knochen erkennen; auch die bedeutende Härte dieser Geschwülste spricht gegen die Ovarialtumoren. 3) Wie schwierig es unter Umständen ist, ein sicheres Urtheil darüber abzugeben, ob die Ausdehnung der

Bauchhöhle durch eine Ovarialgeschwulst oder durch eine Uterinalschwangerschaft bedingt ist, beweisst folgende Darlegung Scanzoni's: „Am schwierigsten wird die Diagnose in jenen Fällen, wo die Eierstocksgeschwulst rasch an Grösse zunimmt und ein dem sich vergrössernden schwangern Uterus entsprechendes Wachsthum zeigt. Kommt hierzu, dass die in den Wandungen der Cyste liegenden festen Geschwülste die Umrisse von Kindstheilen vortäuschen, dass die Fluctuation eine noch undeutliche ist, wie dies bei den Colloidgeschwülsten, Cystosarcomen und Cystocarcinomen häufig vorkommt, — kommt dazu, dass in den Inguinalgegenden laute Gefässgeräusche vernommen werden, dass die Kranke amenorrhoisch ist und die Zeit des letzten Eintritts der Menstruation der von der Kranken behaupteten Schwangerschaftsdauer entspricht, so stösst die Diagnose wirklich auf die grössten Schwierigkeiten, und dies um so mehr, wenn die Vaginalportion in Folge der beträchtlichen Aufwärtszerrung des Uterus gleichwie im Schwangerschaftsverlaufe eine zunehmende Verkürzung zeigt. In derartigen Fällen kann nur eine längere Beobachtung und eine öfter wiederholte mit der grössten Sorgfalt vorgenommene Untersuchung Aufschluss geben, bei welcher man ein besonderes Gewicht auf die Entdeckung der Kindes-Theile und Bewegungen, sowie der fötalen Herztöne zu legen hat. Schwindet der Glaube an die Gegenwart der Schwangerschaft, so ist es gestattet, von der Uterinsonde Gebrauch zu machen." 4) Den Verdacht auf Extrauterinschwangerschaft wird man dann fallen lassen, wenn die Ausdehnung des Unterleibs nicht eine der angeblichen Schwangerschaftsdauer entsprechende ist, wenn kein Abgang von Deciduafetzen aus der Uterinhöhle beobachtet wurde, wenn es bei mehrmaliger Untersuchung niemals gelang, Kindstheile durchzufühlen, Fötalherztöne zu unterscheiden und wenn alle übrigen Schwangerschaftszeichen undeutlich sind.

Die Prognose der Ovariencysten ist stets als eine ungünstige zu bezeichnen. Ist auch die Beobachtung sicher,

dass die einfachen Ovarialcysten, auf eine gewisse Grösse angekommen, stationär bleiben und das ganze Leben hindurch ohne beträchtliche Beschwerden bestehen, so vermögen wir doch nicht zu bestimmen, unter welchen Bedingungen und Umständen ein solches Stationärbleiben zu erwarten ist, und müssen immerhin ein rasch zunehmendes Wachsthum, den Eintritt einer Ruptur, einer tödtlichen Peritonitis oder einer der mannigfachen durch Compression der Bauchorgane entstehenden schweren Allgemeinerkrankung fürchten. Ungünstiger noch ist die Prognose der rascher wachsenden und mit einem tiefern Ergriffensein des Gesammtorganismus einhergehenden zusammengesetzten Cystengebilde, deren verschiedenartigen traurigen Ausgänge bereits oben erwähnt wurden.

Ehe wir zur Therapie der Ovarialcysten übergehen, wollen wir zuvor

B. Die Massengeschwülste der Ovarien

betrachten. Sie bedürfen nur einer kurzen Erwähnung, da sie vom klinischen Standpunkt aus betrachtet mit den eben besprochenen Cystengebilden grösste Aehnlickeit haben. Wesentlich unterschieden von ihnen sind sie in Hinsicht ihres viel seltenern Vorkommens und der bedeutend geringeren Grösse, welche sie erreichen. Es gehören hierher

1) Die fibrösen Entartungen des Eierstocks. Sie sind den fibrösen Geschwülsten des Uterus in anatomischer Hinsicht sehr ähnlich; ihre Grösse variirt zwischen der einer Wallnuss bis zu der eines Kindskopfs und darüber; gewöhnlich haben sie eine rundliche Form mit gleichmässiger Oberfläche, jedoch kann letztere auch höckerig sein.

2) Die Enchondrome. Nur Kiwisch *) will zwei Fälle beobachtet haben; jedoch wird von mancher Seite bezweifelt, ob es sich, wenigstens in dem einen jener Fälle, um ein wirkliches Enchondrom handelt, oder ob die Neubildung vielmehr als ein mit Knorpelbildung combinirtes Fibroid anzusehen ist.

---

*) Kankheiten der weibl. Sexualorgane. III. Aufl. 1857. pag. 193.

3) Die soliden Krebsgeschwülste; am häufigsten in der Form des Medullarcarcinoms, seltener als fibroider Krebs vorkommend. Meistens treten dieselben als secundäre Krebsformen, besonders im Gefolge von krebsiger Entartung des Uterus, höchst selten als primitiver Ovarienkrebs auf.

Die Symptome von Druck auf die Beckenorgane, Dislocationen derselben, peritonitische Verwachsungen mit den dem hintern Beckenraum benachbarten Gebilden kommen in derselben Weise wie bei den Ovarialcysten vor. Das Fehlen der Fluctuation, das weniger rapide Wachsthum und der Umstand, dass sie nie die bedeutende Grösse erreichen, wie die zusammengesetzten Cysten, lässt auf ihre solide Natur schliessen. Eine ganz sichere Diagnose über ihre Natur ist oft nicht möglich, auch kann leicht eine Verwechslung der subperitonäalen Fibroide des Uterus mit unterlaufen. Wie bei letzteren hat man auch bei den Ovarialfibroiden osteoide Entartung beobachtet.

T h e r a p i e d e r O v a r i a l t u m o r e n: Eine medicinische Behandlung ist wohl oft angezeigt, um die mit den Ovarialgeschwülsten verbundenen peritonitischen Erscheinungen, um die durch sie bedingten sonstigen mannigfachen Beschwerden zu beseitigen oder erträglich zu machen, allein man wird nach unseren jetzigen Erfahrungen nicht den vergeblichen Versuch anstellen, durch innere Behandlung eine vollkommene Heilung der Ovarialgeschwülste zu erzielen. Weiss man doch genau, dass durch die in dieser Absicht gegen die Ovarialcysten oft angewandten Jod- und Quecksilbercuren nur die Kräfte der Kranken um so rascher vernichtet, dass durch ihre längere Anwendung nur ein nachtheiliger Einfluss auf den Gesammtorganismus hervorgerufen, die beabsichtigte Heilung aber nicht bewirkt wird. — Es kann nicht meine Absicht sein, hier in derselben Weise, wie es in den betreffenden Lehrbüchern bei Behandlung dieses Gegenstandes geschieht, über die hier in Betracht kommenden operativen Eingriffe, — über die Punction, Punction mit Injection, Anlegung einer permanenten Oeffnung, über die

Exstirpation — weitläufig zu discutiren, alle die einzelnen Punkte, welche ihre Anzeige, die Wahl der Operation im einzelnen Fall, ihren relativen Werth als palliative oder radicale Hilfeleistung, die den einzelnen Methoden zukommenden Gefahren, ihre Ausführung etc. betreffen, ausführlich zu besprechen, — ich will mich hier nur darauf beschränken, einzelne die Exstirpation der Ovarialgeschwülste betreffende Fragen zu berühren.

Der Grund, warum die Ovariotomie in der allerneusten Zeit von neuem die Aufmerksamkeit der deutschen Chirurgen auf sich gezogen hat, während diese Operation noch kurze Zeit vorher in solchem Miscredit stand, dass man sie absolut verwerfen zu müssen glaubte, dass sie z. B. von Scanzoni nur „als ein chirurgisches Wagestück“ bezeichnet wurde, liegt darin, dass die Resultate der neuerdings von englischen Aerzten (besonders von Baker Brown, Spencer Wells, Charles Clay, Tyler Smith) vorgenommenen Ovariotomieen als ein verhältnisweise sehr günstiges sich herausstellt. — Während nach der statistischen Zusammenstellung von Simon*) in Deutschland auf 64 Ovariotomieen 12 Heilungen kommen, haben die eben erwähnten vier englischen Operateure ein Resultat aufzuweisen, wonach auf 180 vorgenommene Operationen 113 Heilungen kommen**). Am häufigsten nächst England, wenn auch nicht mit so günstigen Resultaten wie dort, wurde die Operation in Nord-Amerika, vorzugsweise von L. Atlee***), Washington, Hamilton†) u. a. ausgeführt. Nach Gurlt's statistischer Zusammenstellung der vollständig ausgeführten Operationen in den einzelnen Ländern kommen

---

*) Scazoni's Beiträge. III. Bd.

**) cf. Gurlt: Ueber Ovariotomie, Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtskunde in Berlin. Heft XV und Med. Times. 1862. März.

***) cf. Med. Times. 1860. Febr.

†) cf. Ohio Medic. and Surgic. Journ. 1859 und Medic. Times and Gaz. 1850.

in Grossbrittannien	auf 222 Ovariotomieen	127 Heil.,	also	57,20 Proc.,
in America	„ 113	„	64 „	„	56,63 „
in Deutschland	„ 51	„	13 „	„	25,49 „

Der günstigere Erfolg, welchen die Engländer erzielt haben, scheint mir wesentlich folgenden Umständen zugeschrieben werden zu müssen:

1) Die Wahl der Fälle zur Operation ist eine vorsichtige. Bei zweifelhafter Diagnose, bei jeder Complication mit Lungen- oder Nierenerkranknng unterlässt man die Operation. Die vorhandenen Verwachsungen, vorausgesetzt, dass sie nicht zu innig und zu ausgebreitet sind, gelten nicht als Contraindication der Operation.

2) Der Zeitpunkt der Operation muss sich nach dem Kräftezustand der Patientin richten. Bei bedeutender Abnahme derselben, bei vorhandenem Marasmus ist nicht zu operiren.

3) Man hat mit Recht Gewicht darauf gelegt, die Kranken vor miasmatischen Einflüssen zu schützen. Der früher so häufig beobachtete Eintritt einer lethalen Peritonitis ist weniger die Folge des operativen Eingriffs, als vielmehr von den miasmatischen, pyämischen Einflüssen, welche sich in den Spitälern so oft Geltung verschaffen.

4) In dem operativen Verfahren hat man wesentliche Verbesserungen unternommen. Die Vornahme der Operation unter tiefer Chloroformnarkose, das vorsichtige Entleeren des Cysteninhalts nach Durchschneidung der Bauchwandungen mit Vermeiden des Eindringens vom Cysteninhalt in die Peritonäalhöhle, das langsame Ablösen der Adhäsionen mit der Hand, das sichere Fixiren des Cystenstiels in den Wundrand durch mehrfache Ligaturen oder durch eine Klammer, die genaue Vereinigung der Bauchwunde, und endlich eine dem betreffenden Fall entsprechende vernünftige Nachbehandlung, — dies alles sind Punkte, welche für das Gelingen der Operation von grösstem Einfluss sind und deshalb die genaueste Beobachtung verdienen.

Druckfehler.

Seite 42 Zeile 6 v. o. lies Katheters.
„ 42 „ 17 „ „ „ Bistouri.
„ 43 „ 7 „ „ „ Katheter.
„ 43 „ 2 „ u. „ ihrem.

Druck von C. L. Pfeil in Marburg.











